WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

MIESIĘCZNIK CZERWIEC/LIPIEC

ROK IX 1938 NUMER 5/6

Prof. G. A. WAGNER, Dyrektor kliniki ginekologicznej szpitala Charité w Berlinie.

FIZJOLOGIA I PATOLOGIA WYDZIELANIA DOKREWNEGO KOBIECYCH GRUCZOŁÓW PŁCIOWYCH.

(Referat według Medizinische Klinik Nr. 32, 1935).

Głównym zadaniem gruczołów płciowych jest zachowanie gatunku. Wraz z pęcherzykiem dojrzewa w jajniku jajko, wydalane następnie z jajnika w celu zapłodnienia. Procesy te są nie mniej ważne, niż wydzielanie dokrewne jajnika, zarządzające cyklem płciowym, czyli szeregiem zjawisk, zachodzących po zapłodnieniu jajka w błonie śluzowej i w warstwie mięśniowej macicy.

Zjawiska te zależą od współdziałania dwóch odrębnych hormonów: pęcherzykowego, wytwarzanego prawdopodobnie w komórkach otoczki i hormonu ciałka żółtego, wydzielanego przez komórki nabłonkowe pęcherzyka.

Produkcja hormonu pęcherzykowego trwa przez cały okres międzymiesiączkowy, hormon ciałka żółtego wydziela się tylko w drugiej połowie tego okresu.

Niezapłodnione jajko nie zagnieżdża się w ścianie macicy; ciałko żółte zanika. Błona śluzowa macicy przygotowana przez hormony do zagnieżdżenia się jajka, złuszcza się całkowicie po zaniku ciałka żółtego. Procesowi temu towarzyszy krwawienie z macicy. Miesiączką nazywamy zatem zjawisko okresowego, połączonego z krwawieniem złuszczania się błony śluzowej macicy, błony, która wybujała pod wpływem hormonu pęcherzykowego i weszła w okres przedciążowy pod wpływem hormonu ciałka żółtego. Z tego ścisłego określenia miesiączki *(Robert Mayer* i *Robert Schröder)* wynika zasada: nie ma miesiączki bez uprzedniego jajeczkowania.

Według badaczy amerykańskich, z których poglądem zgadza się *Knaus* (Praga), istnieją w pierwszym roku dojrzewania płciowego prawidłowe krwawienia miesięczne, nie poprzedzone jednak ani przez jajeczkowanie ani przez tworzenie się ciałka żółtego. W myśl przytoczonego określenia krwawienia te nie są właściwymi „miesiączkami", są to krwawienia spowodowane przez rozrost błony

śluzowej macicy; śluzówka nie wykazuje jednak cech znamiennych dla okresu wydzielania. Podobne krwawienia zdarzają się nieraz w okresie międzymiesiączkowym u prawidłowo miesiączkujących kobiet.

Jeśli zapłodniona komórka jajowa zagnieżdża się w ścianie macicy i rozpoczyna czynność wydzielania dokrewnego, ciałko żółte nie zanika i ochrania zapłodnione jajko, zapobiegając krwawieniom z przekrwionej śluzówki i utrzymując włókna mięśniowe macicy w spoczynku. Krwawienia i skurcze nieuchronnie prowadzą do poronienia.

Pęcherzyk *Graafa* nie jest jedynym źródłem hormonu pęcherzykowego. Pęcherzyk produkuje tylko nadmiar hormonu, niezbędny dla miesięcznego rozrostu śluzówki. Oprócz tej rytmicznej produkcji hormonu, przerywanej co miesiąc przez miesiączkę, napływają do krwi nieprzerwanym prądem hormony pęcherzykowe, wytwarzane przez małe pęcherzyki jajnika. Dopływ ten trwa przez cały okres życia płciowego kobiety, od pierwszej miesiączki do przekwitania. Tę czynność jajnika nazwał *Robert Schröder* czynnością wegetacyjną, w odróżnieniu od czynności rozrodczej, wywołującej miesięczne zmiany w błonie śluzowej macicy. Macica, jajowody, pochwa i zewnętrzne narządy płciowe rosną począwszy od 8—10 roku życia pod wpływem czynności wegetacyjnej jajników. Pod wpływem tejże czynności miednica przybiera kształt i wymiary odpowiadające zadaniom kobiecego ustroju, a gruczoły sutkowe rozwijają się w sposób wystarczający dla zapewnienia noworodkom naturalnego pokarmu, jakim jest mleko matki.

Niewydolność wegetacyjna jajników, konstytucyjna lub spowodowana przez czynniki zewnętrzne, prowadzi do niedorozwoju zewnętrznych narządów płciowych, macicy, miednicy i gruczołów sutkowych. Wybitnie zaznaczony niedorozwój tych ważnych narządów nazywamy infantylizmem.

Narządy płciowe leżące w małej miednicy są doskonale zabezpieczone od urazów, natomiast są bardzo wrażliwe na wpływy chemiczne i hormonalne. Choroby wyniszczające, złe warunki życiowe, brak powietrza i światła, złe odżywianie działają ujemnie na czynność jajników.

Niedorozwój macicy powoduje ciężkie zaburzenia w miesiączkowaniu, zanik miesiączek, bolesne miesiączkowanie, krwotoki i jest jedną z głównych przyczyn bezpłodności, lub przynajmniej opóźnienia pierwszego poczęcia ze wszystkimi ujemnymi następstwami dla przebiegu ciąży, porodu i karmienia.

Czynność rozpłodowa jajnika, przygotowująca macicę do ciąży, ulega również rozmaitym, obecnie już dobrze zbadanym zaburzeniom.

Wskutek nadmiernego przedłużania się okresu międzymiesiączkowego opóźniają się procesy dojrzewania pęcherzyka i rozrostu śluzówki.

Zbyt częste miesiączki są następstwem przedwczesnego zanikania ciałka żółtego. Po przedwczesnym zaniku ciałka żółtego prawidłowo dojrzały pęcherzyk produkuje nadmierne ilości hormonu, co z kolei doprowadza do nadmiernego przerostu śluzówki, połączonego z torbielowatym rozszerzeniem gruczołów, two-

rzeniem się ognisk martwiczych i pękaniem naczyń. Śluzówka nie złuszcza się i krwawi ustawicznie. Krwawienia mogą wywołać ciężką niedokrwistość.

W wyjątkowych przypadkach ciałko żółte wogóle nie zanika, błona śluzowa trwa w okresie wydzielania. Klinicznym objawem tych zmian jest zanik miesiączek wskutek nadprodukcji hormonów.

Przyczyny zaburzeń rytmicznej czynności jajników są bardzo liczne. Badania na zwierzętach ujawniły regulujący i pobudzający tę czynność wpływ przedniego płatu przysadki. — Istnieje prawdopodobnie wyższy ośrodek, zarządzający czynnością p r z e d n i e g o płatu przysadki.

Do pospolitych wydarzeń należą ciężkie zaburzenia w miesiączkowaniu w chorobach innych gruczołów dokrewnych, jak akromegalia lub choroba Basedowa. — Urazy fizyczne i choroby umysłowe mogą spowodować zanik miesiączek.

Szkodliwy wpływ na czynności gruczołów płciowych wywierają też toksyny zarazków kiły i gruźlicy oraz jady — ołów, nikotyna, siarczek węgla, morfina, kofeina. Gruczoły płciowe, a zwłaszcza aparat pęcherzykowy, są niezmiernie wrażliwe na działanie promieni Roentgena i radu.

Czynniki zewnętrzne, np. zmiana klimatu mogą również wywołać zaburzenia w miesiączkowaniu.

Posiadamy zatem niezawodne drogowskazy w zakresie zapobiegania. Należy uczynić wszystko, co jest w naszej mocy, aby zapobiec zaburzeniom czynności gruczołów płciowych, a przede wszystkim zaburzeniom czynności wegetacyjnej jajników. W już istniejącym, utrwalonym niedorozwoju macicy lub miednicy leczenie jest bezsilne. Zapobieganie polega na uprzedzaniu objawów i leczeniu niedorozwoju płciowego w dzieciństwie.

Ginekolodzy znają od dawna wartość leczniczą ćwiczeń fizycznych, dobrego odżywiania, dłuższego pobytu na powietrzu w dobrych warunkach klimatycznych. Tymi prostymi sposobami można wyleczyć nawet ciężkie zaburzenia miesiączkowe, oporne na leczenie hormonami. — Dodatni wpływ leczniczy przypisuje się też kąpielom, zwłaszcza błotnym.

Leczenie zastępcze hormonami innych gruczołów dokrewnych nie dało dotąd wyników zadowalających. Z dobrym skutkiem stosujemy natomiast w zaburzeniach czynności jajników oba hormony jajnikowe.

Hormon pęcherzykowy stosujemy dla wyrównania nie wystarczającej czynności wegetacyjnej, kiedy chodzi o przywrócenie prawidłowych wymiarów macicy, lub o przywrócenie prawidłowego cyklu miesiączkowego w razie zaniku miesiączek. W tym ostatnim przypadku rozrasta się pod wpływem hormonu pęcherzykowego błona śluzowa macicy, a hormon ciałka żółtego wprowadza rozrośniętą śluzówkę w okres przedciążowy lub przedmiesiączkowy. Zależnie od przypadku i ogólnego stanu chorej stosuje się przetwory hormonu pęcherzykowego, zawierające po 10.000, 50.000 lub 100.000 jednostek międzynarodowych w centymetrze sześciennym. Wstrzykiwania powtarza się w odstępach 3—4

dniowych. Hormon ciałka żółtego stosuje się w dawkach wynoszących od 30 do 50 jednostek króliczych *(Clauberg)*.

Hormony wstrzykuje się domięśniowo. Autor zaniechał podawania do wewnątrz; do osiągnięcia efektu leczniczego potrzebne są bowiem 10-krotnie większe dawki niż przy wstrzykiwaniach domięśniowych. W przypadkach łagodnych wystarczają nieraz małe dawki doustne.

Niedorozwój macicy mniejszego stopnia można zwalczyć podając systematycznie, w ciągu tygodni i miesięcy, wielkie dawki hormonu pęcherzykowego. Wysokość dawki ogólnej waha się od 750.000 do 1 miliona jednostek międzynarodowych. W uporczywych przypadkach nawet olbrzymie dawki hormonu są nieskuteczne.

Wybitny niedorozwój macicy kojarzy się niemal zawsze z pierwotnym zanikiem miesiączek. Zespół ten spotykamy zatem u kobiet, które nigdy nie miały miesiączek. Zarówno w pierwotnym zaniku miesiączek jak i u kobiet wytrzebionych można sztucznie wywołać prawidłowy rozrost, prawidłowe wydzielanie i prawidłowe miesięczne złuszczenie błony śluzowej macicy. W pierwotnym zaniku miesiączek nie udało się jednak dotychczas doprowadzić do ich samoistnego pojawienia się.

Bardziej pomyślne są wyniki leczenia wtórnego zaniku miesiączek. W przypadkach lekkich wystarcza doustne podawanie hormonu pęcherzykowego. W przypadkach cięższych wstrzykuje się duże dawki hormonu domięśniowo. W przypadkach wyjątkowo opornych należy leczenie uzupełnić wstrzykiwaniami hormonu ciałka żółtego.

Leczenie hormonem pęcherzykowym może spowodować torbielowy przerost śluzówki i krwotoki.

Hormon pęcherzykowy stosuje się również z powodzeniem przeciw objawom menopauzy prawidłowej lub wczesnej. Wystarczają małe dawki do wewnątrz; tylko w nielicznych przypadkach trudno się obejść bez wstrzykiwania większych dawek domięśniowo.

Autor zaleca zapobiegawcze stosowanie hormonu pęcherzykowego u młodych dziewcząt z objawami niewydolności rozrodczej czynności jajników. Zaznaczyliśmy już, że doświadczenia na zwierzętach wykazują pobudzający wpływ hormonu pęcherzykowego na rozwój i budowę miednicy.

W zaniku miesiączek stosuje się hormon ciałka żółtego, celem wyrównania niewydolności czynnościowej jajnika. Hormon ciałka żółtego wskazany jest również w poronieniach nawykowych. Jeśli jednak przyczyną poronień nawykowych jest niedorozwój macicy, celowe jest podawanie hormonu pęcherzykowego, pod którego wpływem macica się rozrasta i powstają pomyślne warunki dla ciąży.

W istniejącej ciąży, przy skłonności do poronień nawykowych, można ciążę utrzymać (nawet kiedy ciężarna zaczęła już krwawić) wstrzykując hormon ciałka żółtego: 2—4 jednostki królicze co 1—2 dni.

Leczenie hormonem ciałka żółtego daje bardzo dobre wyniki w krwotokach spowodowanych przez utrzymujące się ciałko żółte. Podobne krwotoki spostrzega się głównie u dojrzewających dziewczynek oraz w okresie poprzedzającym menopauzę. Po skrobance krwawienie na pewien czas ustaje; rozpoznaje się wówczas z reguły przerost torbielowy, powodujący nadprodukcję hormonu pęcherzykowego. W tych warunkach uniemożliwione są jajeczkowanie i wytwarzanie hormonu ciałka żółtego. Dopiero za pomocą wielkich dawek hormonu ciałka żółtego udaje się wywołać w błonie śluzowej macicy zmiany odpowiadające okresowi wydzielania. Po przerwaniu leczenia śluzówka się złuszcza.

Mniej kosztowne i równie skuteczne leczenie krwotoków i poronień nawykowych polega na przetaczaniu 300 — 500 cm^3 krwi, pobranej u kobiety ciężarnej. *Aschheim* stwierdził, że we krwi ciężarnych krążą olbrzymie ilości hormonów, wytworzonych bądź przez przedni płat przysadki, bądź — według *Philippa* — przez łożysko, wydzielające hormon zupełnie identyczny z hormonem pęcherzykowym.

Wszystkie sposoby zalecane w zaburzeniach czynności rozrodczej jajnika polegają na leczeniu zastępczym. W dużej ilości przypadków można w ten sposób pobudzić i uruchomić nie wystarczającą przed tym czynność narządów.

Jako środek pomocniczy zaleca autor kąpiele, zwłaszcza błotne.

Prof. H. FINSTERER, Wiedeń.

ZNACZENIE ZNIECZULENIA MIEJSCOWEGO W PRAKTYCE CODZIENNEJ.

Referat według „Medizinische Klinik" Nr. 17, 18, 19/1934 r.

Upłynęło 41 lat od czasu kiedy *Schleich* ogłosił wyniki swoich doświadczeń z nową metodą znieczulania miejscowego, polegającą na wstrzykiwaniu podskórnym hipotonicznego roztworu chlorku sodu z dodatkiem małej ilości kokainy. Spostrzeżenia swoje *Schleich* uważał za niezmiernie doniosłe i twierdził, że niebezpieczne uśpienie chloroformem będzie odtąd usprawiedliwione tylko w tych przypadkach, w których znieczulenie miejscowe okaże się nie wystarczające. Nie zwracając uwagi na poglądy licznych przeciwników swojej metody, *Schleich* poświęcił całe życie temu dziełu i dobrze przysłużył się cierpiącej ludzkości.

Doświadczenia *Schleicha* były oparte na 5.300 przypadkach zabiegów brzusznych. Autor doszedł do wniosku, że ogólna narkoza wywołuje nieraz śmiertelne wstrząsy pooperacyjne, którym można zapobiec, zastępując ją znieczuleniem miejscowym. Do następstw uśpienia ogólnego zaliczał *Schleich* również atonię brzuszno-jelitową oraz pooperacyjne zapalenie płuc. To ostatnie po-

wikłanie zdarza się nieskończenie rzadziej po zabiegach wykonywanych w znieczuleniu miejscowym; nawet w przypadkach ciężkich nieżytów oskrzelowych można zapalenia płuc uniknąć, ułatwiając za pomocą odpowiednich środków wykrztuszanie plwociny.

Finsterer omawia w niniejszej pracy 2 ważne dla lekarza-praktyka punkty: 1-o: znieczulanie miejscowe w małej chirurgii i 2-o: wpływ znieczulania miejscowego na wyniki zabiegów oraz wskazania do stosowania tej metody w większych zabiegach. Na wsi lekarz może w ten sposób wykonywać małe zabiegi bez asysty, niezbędnej przy narkozie ogólnej.

Znieczulenie naciekowe polega na wstrzyknięciu znieczulającego płynu dokładnie w tym miejscu, w którym ma być wykonany zabieg. Tkanka nasiąka wstrzykniętym płynem, którego działanie trwa jednak krótko. Dłuższe jest działanie znieczulenia przewodniczego. W celu osiągnięcia pełnego znieczulenia bez wywołania objawów zatrucia, należy przestrzegać pewnych zasad, z którymi każdy lekarz powinien być obeznany.

We wszystkich mniejszych i większych zabiegach stosuje się standardowy, 0,5%-owy roztwór Novocainy z Suprareniną. Roztwór ten przyrządza się bezpośrednio przed zabiegiem. T. zw. tabletkę „A“, zawierającą 0,125 Novocainy i 0,000125 Suprareniny, rozpuszcza się w 0,9%-owym, wyjałowionym roztworze soli kuchennej. Po rozpuszczeniu 4 tabletek „A“ w 100 cm^3 rozpuszczalnika otrzymuje się właściwy roztwór 0,5%-owy. Suprarenina potęguje działanie Novocainy i zapobiega zatruciu, hamując zbyt szybkie wchłanianie. Ślady związków zasadowych rozkładają roztwór, który barwi się wtedy na czerwono i nie nadaje się już do użycia. Aby podobnemu rozkładowi zapobiec, należy roztwór zakwasić rozcieńczonym kwasem solnym (4 krople na 1000 cm^3). Tabletki Suprareniny z Novocainą są jałowe: do celów małej chirurgii można bez obawy rozpuszczać je przed zabiegiem w jałowym roztworze fizjologicznym. Nie należy używać roztworów zabarwionych, które wywołują objawy zatrucia.

Istnieją też roztwory gotowe, sprzedawane w aseptycznych ampułkach. Stężenie roztworów gotowych jest znacznie wyższe: 2 lub 4%-owe. Stwierdzono doświadczalnie, że toksyczność wzrasta szybciej, niż stężenie: jadowitość 2%-owego roztworu jest nie czterokrotnie, a 10—20-krotnie większa, niż jadowitość roztworu 0,5%-owego. Stosowanie roztworów stężonych, łącznie z niewłaściwą techniką wstrzykiwania, doprowadziło do licznych zejść śmiertelnych podczas wstrzykiwania przed zabiegami laryngologicznymi. Podobnych fatalnych następstw nie spostrzegano podczas dużych zabiegów brzusznych, w których używa się znacznie więcej Novocainy. Do celów małej chirurgii nadają się raczej świeżo przyrządzone 0,5%-owe roztwory.

0,5 g Novocainy uważano niegdyś za maksymalną dawkę. Obecnie dawka ta uchodzi za bardzo słabą, zwłaszcza przy stosowaniu 0,5%-owego roztworu.

Podług *Finsterera*, osobom zdrowym, niewycieńczonym, należy wstrzykiwać od 200 do 250 cm^3 0,5%-owego roztworu, czyli od 1,0 do 1,25 g Novocainy. Przy znieczulaniu przewodniczym dawka ta nigdy nie powoduje zatrucia.

Przedostanie się większej ilości Novocainy do żyły naraża chorego na groźną dla życia zapaść. Przy wstrzykiwaniu znieczulającego płynu w okolicy wielkich pni żylnych, np. na szyi, wskazana jest zatem jaknajwiększa ostrożność. Po wkłuciu igły należy tłok cofnąć, aby się upewnić, że igła nie dostała się do żyły.

Doniosłym czynnikiem jest również stan psychiczny chorego. Przedoperacyjne podniecenie zwalcza się za pomocą alkaloidów. *Finsterer* wstrzykuje wszystkim chorym na godzinę przed zabiegiem 0,02 g pantoponu, a bezpośrednio przed zabiegiem 0,015 — 0,02 g morfiny z atropiną. Odurzonym w ten sposób chorym zaoszczędza się przykrych dolegliwości połączonych ze wstrzykiwaniem Novocainy. Autor jest przeciwnikiem stosowania skopolaminy, przeżył bowiem w ciągu 25 lat dwa przypadki zejść śmiertelnych niewątpliwie spowodowanych przez ten alkaloid. Podczas zabiegów wykonywanych w znieczuleniu miejscowym, niektórzy chorzy nie mogą opanować lęku i skarżą się na bóle. Operujący nie powinien tracić cierpliwości i rezygnować z tej metody, uciekając się do uśpienia ogólnego. Łagodnym przemawianiem można chorego uspokoić i w ten sposób doprowadzić zabieg do pomyślnego zakończenia. Autor przytacza odpowiednie przypadki.

Autor opisuje następnie przebieg kilku większych operacyj, wykonanych w znieczuleniu przewodniczym, które zwłaszcza w sprawach zapalnych posiada dwie wielkie zalety: zabieg jest niebolesny; zakażenie nie szerzy się do tkanek zdrowych.

W powierzchownych zastrzałach wystarcza niekiedy zamrożenie chlorkiem etylu. Sposób ten jest nie wystarczający w zastrzałach ogarniających ścięgna i kości. W głębokim zastrzale palców stosuje się znieczulenie przewodnicze; wstrzykując 2—5 cm^3 0,5%-owego roztworu do pierwszego członu palca przerywa się przewodnictwo nerwowe. W takim znieczuleniu można spokojnie przeciąć zastrzał i w razie potrzeby usunąć odłamki kostne. Niektórzy autorzy twierdzą, że po zabiegu, wykonanym w znieczuleniu przewodniczym, chorzy odczuwają dotkliwe bóle. *Finsterer* sądzi, że bóle pojawiają się tylko wtedy, kiedy płyn znieczulający przedostaje się pod okostnę; tworzą się wówczas bolesne krwiaki. Stężone roztwory Novocainy z adrenaliną mogą doprowadzić do rozległej martwicy, jeśli do uszkodzenia tętnic przyłącza się znaczny naciek palca.

Przy nacinaniu ropowicy dłoni należy przerwać przewodnictwo nerwu łokciowego, promieniowego i środkowego. W tym celu wstrzykuje się 10 cm^3 roztworu Novocainy w najbliższym sąsiedztwie tych nerwów, w okolicy stawu nadgarstkowego, po stronie zginaczy. Jednocześnie należy znieczulić nerwy podskórne. W sprzyjających warunkach zaleca się przed rozpoczęciem znieczulających wstrzykiwań odurzyć chorego niewielką ilością eteru.

Zasadniczo jednak można przy dobrze przeprowadzonym znieczuleniu przewodniczym otwierać rozległe ropnie i ropowice przedramienia, nie sprawiając chorym żadnych bólów.

Przy operowaniu ognisk ropnych dłoni należy bezwarunkowo zablokować nerwy skórne w obrębie ogniska.

Wielkie ropnie („karbunkuły") karku można przecinać w znieczuleniu miejscowym tylko wtedy, gdy ognisko leży bardziej bocznie; tylko przy takim umiejscowieniu nacieku udaje się przerwać przewodnictwo nerwów. W ogniskach przyśrodkowych znieczulenie miejscowe jest niewskazane, ułatwia bowiem wtargnięcie zarazków do mięśni.

Znieczulenie miejscowe oddaje znakomite usługi w leczeniu ran. W leczeniu złamań, metoda cieszy się wielką popularnością od czasu ogłoszenia prac *Brauna* i *Böhlera*.

Przy wycinaniu małych guzów, włókniaków, kaszaków, tłuszczaków, a więc w zabiegach, w których lekarz może obejść się bez asysty, stosuje się znieczulenie przewodnicze. Znieczulenie naciekowe wzdłuż linii nacięcia jest nie wystarczające.

Autor omawia następnie torakotomię lub resekcję żeber w ropnym zapaleniu opłucnej, zabiegi ratujące nieraz życie, a które często muszą być wykonane w domu ze względu na stan ogólny chorych. W torakotomii stosuje się znieczulenie warstwowe wzdłuż linii nacięcia, w resekcji żeber konieczne jest znieczulenie przewodnicze.

Chloroform i eter tworzą z lipoidami komórek mózgowych związki rozpuszczalne, hamujące czynność tych komórek. Związki te, krążąc we krwi, działają szkodliwie na mózg, wątrobę i nerki.

W zabiegach doraźnych, jak w operacjach niedrożności jelit lub zapalenia otrzewnej, groźnym powikłaniem uśpienia ogólnego jest spadek ciśnienia krwi. Stosując znieczulenie miejscowe, unika się tego niebezpieczeństwa. W momencie otwierania brzucha dodaje się kilka kropel eteru, jako środka pobudzającego.

Przyczyną pooperacyjnego zapalenia płuc jest osłabiona odporność tkanki płucnej po uśpieniu ogólnym. Chorzy operowani w znieczuleniu miejscowym, z wyjątkiem chorych na przewlekły nieżyt oskrzeli, odpluwają plwocinę swobodniej; niebezpieczeństwo zapalenia płuc jest dzięki tej okoliczności znacznie mniejsze. — Rokowanie w pooperacyjnym zapaleniu płuc zależy od czynności serca, którą uśpienie eterowe również upośledza.

U chorych na serce i płuca można w znieczuleniu miejscowym wykonywać z widokami powodzenia operacje, niewykonalne w uśpieniu ogólnym.

Znieczulenie gałązek nerwu trójdzielnego umożliwia bezbolesne wykonanie resekcji szczęk.

Uśpienie ogólne w zabiegach, wykonywanych w sąsiedztwie górnych dróg oddechowych połączone jest z szeregiem niebezpieczeństw. To samo dotyczy operacji wola: uśpienie ogólne wiedzie z łatwością do zapalenia płuc, ze względu na współistniejący niemal zawsze nieżyt tchawicy.

Autor operował 60 przypadków wola w chorobie Basedowa w znieczuleniu miejscowym. Przebieg był zupełnie pomyślny, bez powikłań. Chorych należy przygotować do zabiegu za pomocą alkaloidów i bromu.

Stosowaną często w gruźlicy płuc torakoplastykę wykonywa się zwykle w znieczuleniu miejscowym, ponieważ uśpienie ogólne jest w tych warunkach przeciwwskazane.

Dzięki metodzie znieczulenia miejscowego rozszerzył się znacznie zakres możliwości wykonywania zabiegów brzusznych. Na 4562 operacyj brzusznych w znieczuleniu miejscowym autor nie miał ani jednego przypadku śmierci z powodu atonii jelit. Na 610 operacyj brzusznych w uśpieniu ogólnym, w 5 przypadkach atonia jelit była przyczyną śmierci.

Większość chirurgów oddaje pierwszeństwo metodzie znieczulenia miejscowego w operacji raka żołądka.

Śmiertelność po resekcjach żołądka z powodu wrzodu wynosi 3,5% przy znieczuleniu miejscowym, a wzrasta do 14,7% przy uśpieniu ogólnym.

Operacje żołądka z powodu ostrych krwotoków dają również lepsze wyniki przy stosowaniu znieczulenia miejscowego. W znieczuleniu miejscowym można z dużymi szansami powodzenia wykonać resekcję w ciągu pierwszych 24—48 godzin, nawet po bardzo obfitych krwotokach. Na 39 resekcyj wczesnych po krwotokach żołądkowych autor miał tylko jedno zejście śmiertelne, u 80-letniego starca.

To samo można powiedzieć o operacjach dróg żółciowych i wspólnego przewodu żółciowego.

W przewlekłym zapaleniu wycina się wyrostek robaczkowy w uśpieniu eterowym, o ile chory ma zdrowe płuca i zdrowe nerki. Równie dobre wyniki osiąga się po operacjach w znieczuleniu miejscowym. Autor pozostawia wybór metody chorym. W ostrym zapaleniu wyrostka autor woli znieczulenie miejscowe. Mniemanie, jakoby u małych dzieci operacja wyrostka była wykonalna tylko w uśpieniu ogólnym jest niezgodne z rzeczywistością. Znieczulenie miejscowe w podobnych przypadkach jest nie tylko możliwe lecz nawet wskazane.

Resekcje okrężnicy dawały dawniej duży odsetek śmiertelności, który zmalał, odkąd zrezygnowano ze szwu pierwotnego. Obecnie ustaliła się we wszystkich prawie przypadkach metoda wtórnego zeszycia sztucznego odbytu. Na 44 przypadki hemikolotomii w znieczuleniu miejscowym autor nie miał ani jednego zejścia śmiertelnego. Zalecana przez *Lane*'a całkowita resekcja okrężnicy jest zbędna.

W raku okrężnicy najlepsze rezultaty osiąga się operując w znieczuleniu miejscowym.

Raka prostnicy usuwa się bez bólu i doszczętnie w zalecanym przez autora znieczuleniu lędźwiowym, polegającym na wstrzykiwaniu Novocainy do powierzchni przedniej i bocznych piątego kręgu lędźwiowego.

Rola znieczulenia miejscowego w chirurgii kończyn dolnych jest podrzędna. Uśpienie ogólne jest przeciwwskazane w gruźlicy płuc i w podeszłym wieku.

W znieczuleniu miejscowym usuwa się z powodzeniem ogniska martwicze i grzybiaste narośle.

Znieczulanie miejscowe stanowi wielki postęp chirurgii, umożliwia bowiem zabiegi niewykonalne dawniej z powodu niebezpieczeństw związanych z uśpieniem ogólnym.

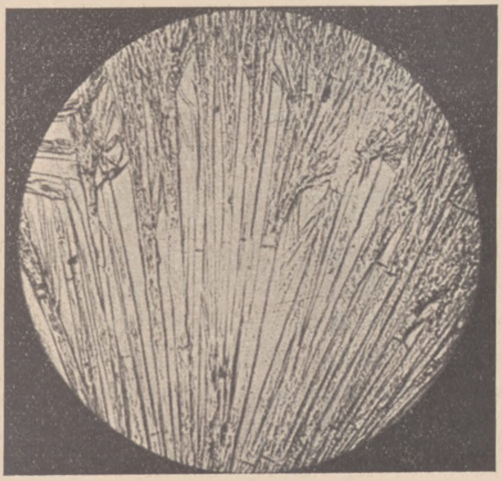
Dr P. SCHWOCHOW, Klinika Neurologiczna w Jenie.

SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM BETAXINY W LECZENIU ZAPALEŃ NERWÓW WSZELKIEGO RODZAJU.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1937, Nr. 3).

Autor zdaje sprawę z wyników leczenia Betaxiną (witaminą B_1), szeregu różnych schorzeń nerwowych:

1) Murarz, lat 38, zachorował na grypę z parestezjami w palcach rąk i nóg. Dotychczasowe leczenie pozostało bez wpływu na zaburzenia nerwowe. Badanie neurologiczne wykazało zupełny brak odruchów na kończynach. Odruchów ze strony powłok brzusznych i kremasterów nie stwierdza się. Wrażliwość na dotyk na nogach zmniejszona. Odczuwanie temperatury zachowane. Rozpoznanie: Polyneuritis. Leczenie: co drugi dzień domięśniowo wstrzyknięcie Betaxiny. Po 8 dniach zaburzenia czuciowe znacznie mniejsze. Po 14 dniach chory rusza już dość swobodnie lewą nogą. Przy wypisywaniu z kliniki pacjent mógł już znośnie chodzić, opierając się na lasce.



Kryształy witaminy B_1.

2) Chora ma lat 26, jest w ciąży. Zapalenie miedniczek nerkowych, zapalenie opłucnej. Poród martwego dziecka. Przy pierwszej próbie wstania chora stwierdziła, że nie może chodzić. Wiotki niedowład nóg, wyraźny zanik mięśni, znaczna bolesność uciskowa. Czucie na nogach zmniejszone. Rozpoznanie: Polyneuritis. Anaemia secundaria gravis. Po 30 wstrzyknięciach Betaxiny (codziennie po 2 cm^3) stopniowa poprawa.

3) Rzeźnik, lat 58, chorował już 2 razy na zapalenie wielonerwowe. W r. 1935 ponowne bóle w obu nogach. Odruchy na kończynach górnych słabe, na kończynach dolnych zupełny brak odruchów. Osłabienie wrażliwości czuciowej i bólowej od połowy uda. Rozpoznanie: Polyneuritis. Po 20 wstrzyknięciach Betaxiny zaburzenia ustąpiły, chory może znowu chodzić bez żadnych zaburzeń.

4) 24-letnia pomocnica domowa. Obustronna rwa kulszowa. Dolegliwości ustąpiły po 8 wstrzyknięciach Betaxiny.

5) Kupiec, lat 28. Neuritis plexus brachialis. Po 20 wstrzyknięciach Betaxiny (codziennie po 2 cm^3) poprawa czucia; pozostała jeszcze tylko nieznaczna hipestezja. Po 8 tygodniach czucie zupełnie prawidłowe.

6) 35-letni formiarz żelaza. Lewostronne reumatyczne porażenie nerwu twarzowego. Leczenie: Natrium salicyl., krótkie fale, 20 wstrzyknięć Betaxiny. Po 3 tygodniach wyleczenie.

7) Chora lat 66. Reumatyczny niedowład prawego nerwu twarzowego. Leczenie: Novalgina, krótkie fale; po 7 wstrzyknięciach Betaxiny porażenie utrzymuje się jeszcze, jednakże nerw reaguje już na prąd galwaniczny. Bóle ustąpiły zupełnie.

8) 50-letni elektrotechnik. Zaburzenia czuciowe lewej ręki po porażeniu prądem elektrycznym. Leczenie: 6 zastrzyków Betaxiny oraz elektroterapia. Zaburzenia czuciowe i parestezje ustąpiły zupełnie.

9) 27-letni robotnik. Urazowe uszkodzenie lewego splotu ramieniowego. Przykre zaburzenia czuciowe. Leczenie: krótkie fale, galwanizacja, wstrzykiwania Betaxiny. Po 10 dniach zaledwie nieznaczne i przemijające parestezje. Po 6 tygodniach zupełne wyleczenie.



Krzak ryżowy na dojrzewającym polu ryżowym. Ziarna ryżu pokryte są skórką zawierającą witaminę B_1. Maszynowe łuszczenie usuwa tę skórkę; niedobór witaminy B_1 wywołuje wówczas beriberi.

Dawkowanie Betaxiny należy oczywiście uzależniać od natężenia sprawy chorobowej. W spostrzeżeniach autora ilość wstrzykiwań wahała się od 6 do 40. Jednocześnie stosowano ciepło oraz środki przeciwneuralgiczne. Wstrzykiwania stosowano na ogół co drugi dzień, w przypadkach ciężkich codziennie. Tolerancja zastrzyków była doskonała.

Dr F. STÄHLER, Klinika położnicza w Frankfurcie n.M.

HIPOWITAMINOZY B_1 PODCZAS CIĄŻY.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1937, Nr. 9).

Autor obserwował w 1936 r. 15 przypadków ciążowej hipowitaminozy B_1 (zapalenia nerwów podczas ciąży). Przyczyną niedoboru witaminy B_1 było niedostateczne i nieodpowiednie odżywianie (z powodu ubóstwa), złe wchłanianie witaminy B_1 wskutek wymiotów lub zaburzeń trawienia albo też zwięk-

szenie zapotrzebowania witaminy B_1 zależne od przypadkowych chorób lub powiększenia pracy mięśniowej. Pożywienie obfitujące w węglowodany zwiększa zapotrzebowanie witaminy B_1 i przyśpiesza ujawnienie się cierpienia lub pogarsza objawy już istniejące. Dolegliwości kobiet polegały na przykrym wrażeniu mrowienia, na uczuciu bezwładu w palcach, rękach i nogach i na osłabieniu kończyn. W 10 przypadkach autor stwierdził obrzęki na podudziu i na grzbiecie dłoni, bez współistnienia zmian nerkowych. Czynność serca była przyśpieszona (4 przypadki). Autor próbował początkowo leczyć te objawy hipowitaminozy B_1 za pomocą podawania drożdży lub preparatów drożdżowych; wyniki były na ogół stosunkowo pomyślne. Inne witaminy: A, C, D, i E pozostawały natomiast zupełnie bez wpływu na dolegliwości związane z niedoborem witaminy B_1. Jako dowód, że poprawa zależała istotnie od stosowania drożdży można przytoczyć spostrzeżenia, w których w związku z przedwczesnym przerwaniem kuracji drożdżowej, stwierdzono nawrót dawnych dolegliwości. W 5. kolejnym przypadku hipowitaminozy autor zastosował zamiast drożdży czystą witaminę B_1 — Betaxinę. Chora cierpi od 5. miesiąca ciąży na dokuczliwe parestezje. Początkowo nie zastosowano żadnego leczenia, gdyż wkrótce nastąpił w prawidłowym czasie poród, po którym dolegliwości chwilowo zmniejszyły się. Podczas karmienia — mniej więcej w 8 tygodni po porodzie — parestezje w rękach znowu znacznie się wzmogły. Również i czucie w nogach uległo poważnym zaburzeniom. Chora zaprzestała karmić. Zastosowano wstrzykiwania Betaxiny. Już po 3. wstrzyknięciu nastąpiła znaczna poprawa. Stwierdzone u tej pacjentki osłabienie bólów porodowych i niedostateczne cofanie się macicy zależało według autora również od niedoboru witaminy B_1. Następnie autor omawia jeszcze szereg przypadków zapalenia nerwów podczas ciąży lub w połogu, w których wstrzykiwania Betaxiny szybko uśmierzały dolegliwości. Autor opisuje między innymi chorą w 6. miesiącu ciąży, u której badanie wykazało nerwoból międzyżebrowy, „nerwowo - obrzękowo - sercowo - naczyniowy zespół objawów" i zupełny brak apetytu. Wstrzykiwania Betaxiny oraz jednoczesne doustne stosowanie witamin A+D szybko usunęło wszystkie zaburzenia. Również w innym przypadku połogowego zapalenia wielonerwowego połączenie leczenia Betaxiną z podawaniem tranu (A+D) i świeżych owoców (C) doprowadziło w krótkim czasie do wyleczenia.

Dr F. LASCH, I Klinika Wewn. w Wiedniu.

PRZYPADEK CIĘŻKIEJ MYELOZY POWRÓZKOWEJ POMYŚLNIE LECZONY WITAMINĄ B_1.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1936, Nr. 34).

Chora ma obecnie lat 57. Przybyła do kliniki po raz pierwszy w styczniu 1932 r. Stwierdzono wówczas typowy obraz niedokrwistości złośliwej: Krwinki czerwone — 2,2 miliona, hemoglobina — 55, wskaźnik barwny 1,26, ciałka białe — 4100. Wzór ciałek białych: segmentowane 69%, limfocyty 30%, monocyty 1%. Sok żołądkowy nie zawiera kwasu solnego, znaczna urobilinogenuria, odczyn Wassermanna ujemny. Badanie neurologiczne żadnych przedmiotowych zaburzeń czucia ani odruchów nie wykazało. Stosowanie wyciągów wątrobowych i żołądkowych wpłynęło bardzo pomyślnie na stan chorej. Po wypisaniu się z kliniki chora przez 2 miesiące jadała w domu regularnie wątrobę, później jednak zaniechała wszelkiego leczenia. 2. 9. odczuła nagle silne bóle w nogach i nie mogła już chodzić. Zastosowano doustnie wyciąg wątrobowy w dawkach 3 razy dziennie po łyżce stołowej. Osłabienie kończyn zaczęło powoli ustępować i chora mogła już chodzić opierając się na lasce. 30. 10. 32. chora opuściła klinikę. Obraz krwi wyraźniejszych odchyleń od normy nie wykazywał. 8. 12. 1933 chora znowu zgłasza się do kliniki z objawami znacznego pogorszenia: erytrocyty — 2,4 miliona, hemoglobina 67%, wskaźnik barwny 1,4, bilirubina 0,6 mg %, znaczna urobilinogenuria, retikulocyty 4‰, hiperestezja i ataksja kończyn dolnych. Zastosowanie wyciągu wątrobowego spowodowało przełom retikulocytów do 60% i zwiększenie się ilości krwinek czerwonych do 3600000 oraz hemoglobiny do 70%. 10. 1. 1934 chora wypisała się z poprawą. Od tego czasu chora leczy się stale w ambulatorium kliniki i otrzymuje regularnie preparaty wątrobowe. Obraz krwi utrzymuje się w granicach normy (hemoglobina według Sahliego 80 — 86%), natomiast zaburzenia neurologiczne pomimo energicznego leczenia wątrobą nie wykazywały skłonności do poprawy. Przeprowadzono wówczas pierwszą kurację Betaxiną (witaminą B_1). Chora otrzymała 10 wstrzykiwań domięśniowych. Ponadto zastosowano wstrzykiwania Campolonu. Już po 4 wstrzyknięciach Betaxiny chód chorej poprawił się wyraźnie, tak że mogła już chodzić bez laski i zginać się. Zaburzenia czucia ustąpiły, objaw Romberga słabo dodatni, ataksja mniejsza. Po zakończeniu 1. kuracji Betaxiną 23. 1. 36 chora chodzi już samodzielnie. Po 2. kuracji Betaxiną (10 wstrzykiwań domięśniowych po 2 cm^3 codziennie) chora odbywa już krótkie spacery. Zawartość hemoglobiny, wynosząca poprzednio zawsze 80 — 85, doszła w lutym do 96, a obecnie przekroczyła 100. Trzecia kuracja witaminą B_1 (od 26. 3. do 3. 4. — 9 wstrzyknięć domięśniowych) umożliwiła osiągnięcie dalszej poprawy. Waga chorej zwiększyła się o 5,7 kg. Przebyta w międzyczasie grypa z wysoką gorączką i silnym nieżytem oskrzeli oraz obfitym krwawieniem z nosa nie wpłynęła ujemnie na stan ogólny i na zdolność

chodzenia. Stosowanie Campolonu raz na tydzień sprowadza jeszcze większą poprawę. Chora może spacerować godzinami i uratowała nawet przed przejechaniem małe dziecko, wciągając je w ostatniej chwili na chodnik. Zaburzenia nerwowe ustąpiły ostatecznie, ataksja bardzo nieznaczna, objaw Romberga zupełnie ujemny. Badanie krwi: hemoglobina 96 — 100, ilość krwinek czerwonych 5—5,2 miliona, wskaźnik barwny 1.0.

Dr H. BARTELHEIMER. Szpital Pawła Gerhardta w Berlinie.

W SPRAWIE LECZENIA WRZODU ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1937, Nr. 33).

Spośród środków przeznaczonych dla farmakologicznego leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy najbardziej znane są preparaty następujące: atropina, nieswoiste związki białkowe, histydyna, magnezja palona, sole bizmutowe, mucyna, roztwory znieczulające, witaminy i t. d., oraz kuracje wodami i zabiegi fizyczne. Wyrażone przez *Bergmanna* przypuszczenie alergicznego podłoża choroby wrzodowej było uzasadnieniem do wypróbowania Torantilu, preparatu, który działa przeciwalergicznie i unieszkodliwia histaminę. Spostrzeżenia autora opierają się na materiale 40 chorych. W 23 przypadkach rozpoznano wrzód dwunastnicy, w 3 — wrzód żołądka, w 4 — nieżyt żołądka. Rozpoznania opierały się na dokładnych badaniach klinicznych i rentgenowskich. W okresie obserwacji cięższych krwawień nie stwierdzono. Chorych leczono domięśniowymi wstrzykiwaniami Torantilu w dawkach po 2 cm^3. Wstrzykiwania stosowano w dwudniowych odstępach. Ogółem chorzy otrzymywali 7—8—10 wstrzykiwań. Po 1—2, najpóźniej po 3 wstrzykiwaniach bóle żołądkowe ustępowały, waga chorych zwiększała się: przy wrzodzie żołądka w ciągu 17—18 dni o 2,75 kg, przy wrzodzie dwunastnicy o 2,2 kg i przy nieżytach żołądka o 1,9 kg. Domieszka krwi w kale znikała już w pierwszych dniach leczenia. W 8 przypadkach krwawień żołądkowych przeprowadzono przed zastosowaniem Torantilu leczenie metodą *Kalka*. Na zdjęciach rentgenowskich nisze wrzodowe i zmiany błony śluzowej, charakterystyczne dla owrzodzeń, znikały najpóźniej po 3 tygodniach, co można było uznać za dowód wyleczenia owrzodzenia i wytworzenia się blizny. Tylko u jednego chorego z wrzodem modzelowatym, umiejscowionym w bezpośredniej bliskości wpustu, wstrzykiwania Torantilu nie usunęły całkowicie rentgenowskich objawów niszy wrzodowej; pomimo to chory poprawił się znacznie i nie odczuwał prawie żadnych dolegliwości. W przypadku tym nie dokonano gastroskopii, wobec czego trudno tu powiedzieć, jak dalece owrzodzenie się zagoiło. Przed leczeniem Torantilem i po zakończeniu kuracji badano kwasotę soku żołądkowego. Badania te wyka-

zały, że w 17 przypadkach zarówno nadkwaśności jak i niedokwaśności leczenie Torantilem zbliżyło kwasotę do normy. Jedynie u 3 chorych z nadkwaśnością stwierdzono zwiększenie się kwasoty, które było jednak nieznaczne i znajdowało się w granicach możliwego błędu. Żadnych objawów ubocznych Torantil nie wywoływał.

Gojenie się owrzodzeń żołądka i dwunastnicy przebiegało przy leczeniu Torantilem prędzej i przyjemniej, niż przy innych zwykle stosowanych metodach leczenia. Co do trwałości wyleczenia nie można jeszcze wypowiedzieć ostatecznego zdania. W 2 przypadkach stwierdzono po leczeniu Torantilem nawrót: u jednego schizoidalnego psychopaty w 4 miesiące po wypisaniu ze szpitala wystąpiło nowe owrzodzenie żołądka, u 2. chorego doszło po 5 miesiącach do przedziurawienia. W związku z nieszkodliwością Torantilu autor uważa za wskazane, aby dążyć do zapobiegania takim nawrotom za pomocą stałego doustnego profilaktycznego podawania Torantilu.

Dr W. GRAB. Wuppertal-Elberfeld.

WITAMINY I HORMONY.

(Referat według Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 16, 17, 18, 19/1937 r.).

Harmonijną współpracę narządów regulują dwa układy, nerwowy i humoralny. Mniej zawiła rola układu humoralnego polega na przenoszeniu drogą naczyń chłonnych i krwionośnych substancyj, działających powoli, lecz stale. Szybkiemu postępowi chemii fizjologicznej zawdzięczamy poznanie tych ciał, tych jakby gońców, krążących po ustroju: są to witaminy i hormony.

Witaminami nazywamy związki organiczne pochodzenia zewnętrznego. Hormony natomiast wytwarzane są stale w samym ustroju. Wskutek niedoboru jednych lub drugich powstają zespoły objawów chorobowych, zwane w pierwszym przypadku awitaminozami, w drugim — niewydolnościami czynnościowymi narządów wydzielania wewnętrznego. Witaminy i hormony posiadają więc doniosłe znaczenie lecznicze. W pierwszej części swojej pracy autor omawia znane obecnie witaminy i opisuje kliniczne obrazy ich braku lub niedoboru, drugą część pracy poświęca autor zagadnieniu hormonów.

Zgodnie z obowiązującym dzisiaj ujęciem, uważa się hormony za związki organiczne, wytwarzane okresowo lub stale w ustroju. Związki te umożliwiają narządom prawidłowe wykonywanie ich różnorodnych czynności. Hormony są ciałami wybitnie swoistymi. Odróżnia się hormony pierwszego rzędu, wydzielane przez określone gruczoły, od hormonów drugiego rzędu, czyli t. zw. hormonoidów, których pochodzenie nie jest dotąd znane.

Ośrodkiem zarządzającym wszystkimi gruczołami dokrewnymi jest przedni płat przysadki mózgowej, podporządkowany z kolei wyższym ośrodkom

w międzymóżdżu, połączonym z jednej strony z korą mózgową, a z drugiej strony z układem współczulnym. Międzymóżdże jest jakby zbiorowiskiem wyższych, nadrzędnych zwojów współczulnych.

Przedni płat przysadki jest wytwórnią szeregu czynnych ciał, działających na gruczoły dokrewne. W utkaniu gruczołu odróżniamy trzy rodzaje komórek: nie barwiące się, eozynochłonne i zasadochłonne. Spośród hormonów, wytwarzanych przez przedni płat przysadki, należy w pierwszym rzędzie wymienić *hormon wzrostowy*, który, jak to stwierdzono doświadczalnie, wydłuża segmenty obwodowe kończyn (akromegalia). Brak hormonu wiedzie do karłowatości przysadkowej. Ponadto wyodrębniono szereg hormonów gonadotropowych: *hormon dojrzewania pęcherzyków jajnikowych (Prolan A), hormon luteinizacji (Prolan B)*, wreszcie *Symprolan*, uzupełniający działanie obu Prolanów. Hormony gonadotropowe nie posiadają swoistości płciowej. Pod ich wpływem dojrzewają młodociane gonady. U kobiet w okresie pokwitania rozpoczyna się, z nieznanych bliżej powodów, działalność hormonów dojrzewania pęcherzyków. Pęcherzyk po pęknięciu przekształca się pod wpływem hormonu luteinizacji w ciałko żółte. Otrzymany z moczu hormon dojrzewania różni się pod niektórymi względami od hormonu otrzymywanego z przysadki lub łożyska. Brak hormonów gonadotropowych pociąga za sobą szereg zaburzeń, jak infantylizm, otyłość, charłactwo, zanik miesiączek lub skąpe miesiączkowanie, niedorozwój narządów płciowych i t. d. W krwotokach z macicy i w zaniku miesiączek małe dawki hormonów — od 100 do 500 jednostek — skutecznie zwalczają te zaburzenia. Jednostką nazywamy najmniejszą ilość hormonu, zdolną do wywołania rui u młodych szczurów-samiczek. W cięższych przypadkach potrzebne są dawki znacznie większe, dochodzące do kilku tysięcy jednostek.

Następnym hormonem przysadki jest *hormon tarczycy*. Niedobór tego czynnika wywołuje zespół podczynności gruczołu: otyłość i zwyrodnienie tłuszczowo-płciowe (dystrophia adiposogenitalis). Liczne fabryczne przetwory hormonu skutecznie przeciwdziałają tym objawom, chociaż dawkowanie nie jest jeszcze ustalone.

Przedni płat przysadki wydziela jeszcze szereg *hormonów adenotropowych*, pobudzających czynność kory nadnercza, rdzenia nadnercza, gruczołów przytarczycznych i trzustki. W charłactwie pochodzenia przysadkowego brak prawdopodobnie wszystkich hormonów. Przyczyną choroby *Simmondsa* — (niskie ciśnienie, chudnięcie, znaczny spadek podstawowej przemiany materii) — jest brak hormonów, działających na nadnercza. W chorobie *Cushinga* natomiast mamy do czynienia z nadmierną produkcją czynników pobudzających nadnercza wskutek przerostu przysadki (zasadochłonny gruczolak). Tym się tłumaczą objawy cierpienia: nadciśnienie, otyłość, spadek cukru w krwi, obniżenie przemiany podstawowej.

Z przedniego płatu przysadki oraz z moczu kobiet karmiących piersią wyodrębniono *hormon laktacji*. Po poddaniu zdrowych samiczek lub wytrzebionych samców leczeniu hormonem pęcherzykowym powiększa się objętość gruczołów

sutkowych, a po wstrzyknięciu z kolei hormonu laktacji pojawia się w tych gruczołach mleko. Wydzielina gruczołów szyjowych gołębi służy do karmienia młodych. Hormon laktacji pobudza w swoisty sposób tę czynność gruczołów. Na tej podstawie oparta jest standaryzacja biologiczna hormonu laktacji.

Ostatnią grupę czynnych ciał przedniego płatu przysadki stanowią *hormony przemiany materii*, dotychczas bliżej niezbadane. Hormon *cukrzycorodny* wywołuje hiperglikemię i cukromocz u zdrowych zwierząt. Cukromocz u psa, któremu wycięto trzustkę, znika po wycięciu przysadki.

Hormony przemiany węglowodanowej i tłuszczowej pojawiają się we krwi po nadmiernym spożyciu tych składników.

Trzustka wytwarza *insulinę*, której budowa chemiczna jest jeszcze nieznana. Insulina obniża poziom cukru we krwi, prawdopodobnie w ten sposób, że hamuje przemianę glikogenu na cukier (działanie ośrodkowe) i ułatwia wiązanie cukru przez tkanki (działanie obwodowe). Klasycznym przykładem niedoboru insuliny jest, jak powszechnie wiadomo, cukrzyca. Nadmiar insuliny jest przyczyną objawów chorobowych — (spadek cukru we krwi, wilczy głód) w gruczolaku wysepek trzustkowych. Insulinę stosuje się w cukrzycy, w kuracjach tuczących, w niepowściągliwych wymiotach ciężarnych i t. d.

Nadnercza produkują dwa hormony. Hormonem istoty korowej jest *kortina*, czyli *interrina*. Brak tego hormonu powoduje objawy podobne do objawów zatrucia potasem. Po dodaniu soli kuchennej objawy niedoboru kortiny wyraźnie się cofają. Podobny zespół spostrzegamy w chorobie Addisona: podciśnienie, zmęczenie, pigmentacja skóry, cukromocz. Przeciwstawieniem tej choroby jest nadmierne owłosienie kobiet, wywołane przez przerost (gruczolak) istoty korowej nadnercza.

Budowa chemiczna *hormonu istoty rdzeniowej nadnercza, adrenaliny*, jest znana oddawna. Produkuje się ją teraz wyłącznie drogą syntezy chemicznej. Adrenalina przetwarza glikogen wątroby na cukier gronowy, związek niezbędny dla pracujących mięśni i narządów. W dużych dawkach adrenalina zwiększa ciśnienie krwi. Stosuje się ją w dychawicy oskrzelowej i do znieczulenia miejscowego. Wielkie dawki mogą wywołać migotanie komór.

Po usunięciu gruczołów przytarczycowych pojawiają się, jak wiadomo, objawy tężyczki. W gruczolaku, czyli przeroście przytarczyczek, mamy do czynienia z nadmierną produkcją *hormonów gruczołów przytarczycznych*, powodującą ogólną chorobę kości (osteodystrophia fibrosa). Twardzina skóry (sclerodermia) i impetigo herpetiformis prawdopodobnie również zależą od zaburzeń czynności tych gruczołów. Pochodna witaminy D, t. zw. A. T. 10, może wyrównać objawy niedoboru hormonów przytarczycznych *(Holtz)*.

Z tylnego płatu przysadki wyodrębniono szereg hormonów, przede wszystkim hormon pobudzający czynność macicy, zwany *Orasthiną*. Ciało to wywołuje w końcowym okresie ciąży rytmiczne skurcze macicy. Stosowane jest w położnictwie, w dawce wynoszącej od 1,5 do 5 jednostek Vögtlina. Wskazania: słabe skurcze macicy, zatrzymanie łożyska, krwotoki poporodowe. Z tylnego płatu

przysadki otrzymano jeszcze czynnik zbliżony do poprzedniego, zwany *Tonephiną*, zwiększający ciśnienie krwi i wywołujący skurcze wszystkich mięśni gładkich.

Moczówka prosta ma być następstwem niedoboru, a rzucawka porodowa następstwem nadmiaru tego hormonu.

Środkowy płat przysadki wydziela hormon „*intermedinę*", która doświadczalnie wywołuje zmiany barwnikowe w skórze zwierząt niższych (ryb).

Niezbadany jest jeszcze dokładnie czynny *hormon tarczycy*. Jest to prawdopodobnie połączenie białka z tyroksyną. Hormon tarczycy wzmaga przemianę materii, produkcję ciepła i pobudliwość nerwową. Niedobór hormonu wywołuje objawy podczynności tarczycy do obrzęku śluzowatego i charłactwa włącznie. Nadmiar hormonu wywołuje chorobę Basedowa.

Z hormonów, wytwarzanych przez narządy płciowe żeńskie wymienić należy w pierwszym rzędzie *hormon pęcherzykowy* czyli *oestrinę*. Hormon ten można otrzymać z tkanki dojrzałego pęcherzyka jajnikowego, z płynnej treści pęcherzyka, z łożyska, oraz, w dużych ilościach, z moczu ciężarnych kobiet i ciężarnych klaczy. W zależności od źródła skąd go otrzymano, hormon ten ma rozmaite nazwy: oestron, oestradiol, oestrol, equinin, equilinin. Pod wpływem hormonu pojawia się ruja u młodych zwierząt-samiczek i u dojrzałych zwierząt wytrzebionych, ponadto zaczyna bujać błona śluzowa macicy i rosną gruczoły sutkowe. Objawy zaniku lub niedoboru hormonu są następujące: rzekoma lub prawdziwa menopauza, chwiejność układu naczyniowego, zaburzenia przemiany materii, skaza moczanowa i t. d. Z powyższego wynikają również wskazania do leczniczego stosowania hormonu.

Hormon ciałka żółtego, progesteron, chemicznie spowinowacony z follikuliną, działa na błonę śluzową macicy w ten sposób, że z okresu bujania przechodzi ona w okres wydzielania. Pod wpływem hormonu mięśnie macicy są rozkurczone podczas ciąży. Brak hormonu powoduje poronienie nawykowe.

Z hormonów płciowych męskich *testosteron* i *androsteron* wytwarzane są przez jądra, a *adrenosteron* przez korę nadnerczy. Te trzy wzajemnie spowinowacone hormony pobudzają rozrost pęcherzyków nasiennych i gruczołów napletkowych gryzoni i rozrost koguciego grzebienia. Narządy te zanikają u zwierząt wytrzebionych. Zanik hormonów przed okresem dojrzewania płciowego wiedzie do eunuchoidyzmu, niedobór powoduje niemoc płciową, osłabienie popędu płciowego, przerost gruczołu krokowego i skłonność do tycia.

Mało jeszcze znane są hormony *grasicy* i *szyszynki*.

Najdłużej znanym hormonem jest wydzielana przez błonę śluzową jelita *sekretyna*. W związku z jej wykryciem *Bayliss* wprowadził pojęcie „hormonów". Po wstrzyknięciu sekretyny wzmaga się wydzielanie soku trzustkowego.

Hormonami drugorzędnymi lub *hormonoidami* nazywamy związki organiczne czynne, nie wytwarzane jednak przez gruczoły dokrewne w ścisłym tego pojęcia znaczeniu. Do hormonoidów należy przede wszystkim *pierwiastek krwiotwórczy wątroby*, który powstaje pod wpływem działania czynnego pier-

wiastka *Castle'a* na białka. Czynnik *Castle'a* wytwarzany jest przez błonę śluzową okolicy odźwiernikowej żołądka. Ciała te stosuje się w leczeniu niedokrwistości złośliwej, niedokrwistości wtórnej, leukopenii i agranulocytozy.

Trzustka zdrowych osobników produkuje związki działające na *serce* i na *krążenie*. Trudno orzec, czy są to hormony w sensie klasycznym. W doświadczeniach na zwierzętach związki te powiększają rozpiętość tętna i obniżają ciśnienie. Do grupy tej należą kallikreina *(Kraut-Frey)*, vagotonina *(Santenoise)* i angioxyl *(P. Gley)*.

Skuteczność lecznicza *wyciągów mięśniowych* zależy przypuszczalnie od obecności kwasu adenylowego, który odgrywa doniosłą rolę w procesach chemicznych związanych z pracą mięśni. Kwas adenylowy rozszerza naczynia wieńcowe serca i powiększa rozpiętość tętna.

Z hormonoidów należy jeszcze wymienić ciało Lange-Felixa, które obniża ciśnienie; ponadto czwartą substancje *(F. Lange)*, substancję P i R *(Gaddum)* oraz detoninę *Wollheima*. Są to wszystko nowe związki, nie oddane jeszcze do użytku lekarzy.

Gruczoły dokrewne wydzielają hormony do krwi pod wpływem bodźców pobudzających tak długo, dopóki nie zadziała mechanizm hamujący wydzielanie. Gruczoły odpowiadają na bodźce pobudzające dzięki zapasom hormonów, które można wykryć w tkance gruczołowej. Zasób rezerw tkankowych jest jednak bardzo nieznaczny w porównaniu z ilością hormonów, wytwarzanych stale przez gruczoły. Hormony krążą we krwi pod postacią mniej lub więcej stałych połączeń z białkami.

Zagadnienie składników białkowych w hormonach kojarzy się z zagadnieniem *przeciwhormonów*, których istnienie wykazał *Collip*. Wielokrotnie powtarzane np. wstrzykiwania hormonu gonadotropowego wywołują w końcu pewien opór ze strony ustroju. Hormon przestaje działać. Jest to pewnego rodzaju uodpornienie, tłumaczące się powstawaniem przeciwciał lub zaczynów obronnych we krwi danego osobnika.

Przedni płat przysadki wydziela szereg hormonów, z których każdy pobudza inny gruczoł dokrewny. Po wytrzebieniu lub menopauzie, czyli po zaniku hormonu jajnikowego, rozpoczyna się wyrównująca ten niedobór produkcja hormonów gonadotropowych. Gruczoły dokrewne współdziałają zatem wzajemnie. Na ogół, gruczoły pracują prawidłowo, dopóki czynność gruczołów współdziałających jest normalna. Czynność gruczołów wzmaga się lub słabnie w stosunku odwrotnym do pracy gruczołów współdziałających.

Przy leczeniu hormonami należy w miarę możności naśladować zjawiska fizjologiczne. Jest to łatwe zadanie, dopóki chodzi o zwykłe uzupełnienie niewystarczającej ilości danego hormonu. Lecz jeśli chodzi np. o wyrównanie zaburzeń cyklu płciowego kobiety, zadanie lekarza staje się bardzo trudne.

W pierwszej połowie cyklu miesiączkowego pęcherzyki dojrzewają pod wpływem hormonu gonadotropowego przedniego płatu przysadki. Jajko rozpoczyna swą wędrówkę i wnika do macicy, której błona śluzowa rozrasta się pod wpły-

wem follikuliny. W 12.—14. dniu okresu międzymiesiączkowego pękają pęcherzyki. Pęknięty pęcherzyk przekształca się następnie w ciało żółte, którego hormon wprowadza błonę śluzową macicy w okres wydzielania. Gruczoły macicy powiększają się i skręcają, w komórkach gruczołowych gromadzą się substancje odżywcze, jak np. glikogen, ułatwiające zapłodnionemu jajku zagnieżdżenie się w ścianie macicy. Jeśli jajko nie zostało zapłodnione, ciałko żółte zanika, błona śluzowa macicy się złuszcza, pojawia się miesiączka. Jeśli jajko zostało zapłodnione, rozpoczyna się ciąża, ciałko żółte pozostaje nadal, tworzy się łożysko, produkujące wielkie ilości hormonu pęcherzykowego. Hormon pęcherzykowy przysposabia gruczoły sutkowe do działania hormonu laktacyjnego. Działanie to rozpoczyna się, skoro tylko ustaje czynność wydzielania łożyska.

Dopiero dokładna znajomość tych mechanizmów umożliwia wkraczanie lecznicze za pomocą odpowiednich hormonów we wszelkiego rodzaju zaburzeniach cyklu płciowego.

Najrozmaitsze choroby leczy się obecnie hormonami: cukrzycę — insuliną, otyłość — hormonem tarczycowym, wychudzenie pochodzenia przysadkowego — przetworami przedniego płatu przysadki, choroby skórne, jak trądzik, łysienie, nadmierne owłosienie — hormonami gonadotropowymi.

Nadużywanie hormonów może chorym raczej zaszkodzić.

Dr R. KOELSCH i dr G. TSUTSULOPULOS, II Klinika Ginekologiczna Uniwersytetu w Monachium.

POSTĘPY W LECZENIU UPŁAWÓW.

(Referat według Münch. Med. Wschr. 1933, Nr. 40).

Koelsch badał 150 kobiet cierpiących na upławy pochwowe i w 74 przypadkach stwierdził, że przyczyną upławów było zakażenie pochwy trichomonadami (Trichomonas vaginalis). Pomimo że nie rozstrzygnięto dotychczas jeszcze ostatecznie, czy trichomonady są jedyną i właściwą przyczyną choroby, to nie ulega jednak wątpliwości, że obecność trichomonad pogarsza normalny stan bakteryjnej flory pochwy, że trichomonady zużywają zapasy glikogenu znajdującego się w ścianie pochwy, zmniejszają odporność tkanek i otwierają drogę dla przenikania do pochwy zarazków chorobotwórczych.

Trichomonady można najłatwiej wykryć badając preparat w ciemnym polu. Niewielką ilość wydzieliny, pobranej ostrożnie ze ściany pochwy, umieszczamy na szkiełku przedmiotowym, mieszamy z kilkoma kroplami fizjologicznego roztworu soli kuchennej, rozcieramy i badamy następnie w zwykły sposób. Trichomonady wyglądają wówczas jak gruszkowate twory, poruszają się samoistnie i żywo uderzają swymi wiciami; są one nieco większe od leukocytów. Czasami poruszają się pojedyńczo między strzępami nabłonków, czasami skupiają się licznie.

Cechą charakterystyczną nieżytu pochwy wywołanego przez trichomonady jest okoliczność, że przy leczeniu nieswoistym choroba trwa uporczywie i nigdy nie ustępuje. Przepłukiwania powszechnie stosowanymi środkami, kąpiele z azotanu srebra, suche leczenie krzemianem glinu (bolus alba), zabiegi ogólnie wzmacniające lub leczenie bodźcowe, stosowane oddzielnie lub w różnych połączeniach, nie są nigdy w stanie doprowadzić do wyleczenia nieżytu pochwy wywołanego przez trichomonady. Wszelkie te sposoby lecznicze mogą coprawda sprowadzić 3 — 4 dniową poprawę upławów, jednak nieżyt pochwy pozostaje bez zmiany.

Koelsch i *Tsutsulopulos* przeprowadzili szereg obserwacyj nad działaniem leczniczym Deveganu. Jeden ze składników preparatu, kwas 4-oksy-3-acetylo-amino-fenylo-arsinowy, jako jad protoplazmatyczny, zabija trichomonady, drugi zaś ważny czynnik — wytworzone specjalną metodą węglowodany — chroni skutecznie pozostałe w ścianie pochwy zapasy glikogenu przed dalszym rozkładem. Nawet w przypadkach bardzo obfitych upławów trichomonady ginęły doszczętnie nieraz już po dwukrotnym wprowadzeniu Deveganu w dawce po 3 tabletki dziennie. Leukocytów nie znajdywano prawie wcale, mieszana flora bakteryjna poprawiała się znacznie. Po 5—6 zabiegach znajdujemy na preparacie przeważnie już tylko komórki nabłonkowe i florę pałeczkowatą. Devegan wyróżnia się korzystnie swą wielką czystością stosowania; przy leczeniu Deveganem nigdy nie dochodzi do wytwarzania się zlepów, które tak często obserwujemy przy suchym leczeniu za pomocą innych preparatów. *Koelsch* leczył swe pacjentki w ten sposób, że w ciągu 3 — 4 kolejnych dni zakładał chorym po 3 — 4 tabletki, nie stosując uprzednio żadnych przepłukiwań ani wycierań tamponami. Jeżeli następnie przy badaniu w ciemnym polu nie znajdował już trichomonad, to dalsze leczenie pozostawiano samej pacjentce, polecając jej wprowadzać codziennie 1 lub 2 tabletki Deveganu głęboko do pochwy. Przepłukiwania są zupełnie zbyteczne; również i same pacjentki nie odczuwają ich potrzeby, gdyż wydzielanie z pochwy znika bez śladu. W znacznej większości przypadków nieżyt pochwy można już uważać za wyleczony; nawroty przeważnie nie występują. Autor uważa jednak za wskazane, aby po miesiączkowaniu poddawać chore badaniu kontrolnemu, gdyż trichomonady posiadają skłonność do wytwarzania szczepów nawrotowych. Nawroty po miesiączkowaniu *Koelsch* stwierdził zaledwie w 4 przypadkach (na 74 obserwacje). Kobietom tym podczas następnego miesiączkowania zakładano codziennie po 1 tabletce; wyniki okazały się bardzo pomyślne i dalszych nawrotów już nie było. Zaledwie jedna pacjentka była zupełnie odporna na działanie Deveganu. Jako przykłady postępowania leczniczego autorzy przytaczają w streszczeniu kilka historyj chorób.

1) Studentka, lat 20, na żadne cierpienia narządów płciowych dotychczas nie chorowała. Przed 8 dniami kąpiel w błotnistym jeziorze. W 2 dni po kąpieli obfite, żółte, ropne upławy. Budowa silna, narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych. Pochwa zapalnie zaczerwieniona. W fałdach pachwinowych, w okolicy odbytnicy, na wewnętrznej stronie ud objawy silnego wyprzenia. Przydatki bez zmian chorobowych. Miesiączkowanie prawidłowe. Silny

rozlany nieżyt pochwy; z powierzchownych owrzodzeń lekkie krwawienie. Nieżytu szyjki nie stwierdza się. W pochwie rzadka, pienista, żółtawa ropa. W ropie przy badaniu w ciemnym polu liczne trichomonady. Leukocyty i zwykła mieszana flora bakteryjna pokrywają cały preparat. III stopień czystości.

Wprowadzenie 3 tabletek Deveganu. Już następnego dnia ustąpienie swędzenia; tłusty puder złagodził znacznie objawy wyprzenia; upławy mniejsze. Po dalszych 3 zabiegach objawy nieżytu pochwy ustąpiły bez śladu; pochwa blado-różowa, leukocytów ani trichomonad nie stwierdza się, jedynie nieliczne złuszczone komórki nabłonkowe. Nawrotu również i po miesiączkowaniu nie było.

2) Otyła, 54-letnia kobieta. Przed 2 laty radykalna operacja z powodu wielkiego mięśniaka. Oddawna uporczywie nawracające upławy, odporne na wszelkie zabiegi lecznicze (kąpiele pochwowe, preparaty hormonalne, terapia wapniowa). W wydzielinie pochwowej bardzo liczne trichomonady. Po 8-krotnym założeniu do pochwy Deveganu upławy natychmiast ustąpiły, nieżyt pochwy zmniejsza się, dokuczliwe palenie i swędzenie sromu ustąpiło zupełnie. Kilkakrotne badania kontrolne wykazały, że wyleczenie było ostateczne; nawrotów nie było.

3) Kucharka, lat 32, od kilku lat leczy się z powodu nieżytu pochwy, zapalenia szyjki i odparzeń skórnych. Stałe podejrzenie o utajoną rzeżączkę, w istocie jednak podłożem cierpienia było zakażenie trichomonadami. W ciągu 3 dni zakładano po 3 tabletki Deveganu. Zapalenie błony śluzowej pochwy zmniejszyło się znacznie; nieżyt pochwy i wyprzenie ustąpiło zupełnie; utrzymuje się jeszcze nieżyt szyjki. W 2 dni po miesiączkowaniu silne bóle w lewym podbrzuszu. Po stronie lewej obok macicy wyczuwa się guz w przydatkach wielkości mniej więcej pięści kobiety, ucisk bardzo bolesny. W śluzowo-ropnej wydzielinie z szyjki nie znaleziono ani gonokoków ani trichomonad. Sprawa przebiegała z gorączką, która ustąpiła po 3 dniach. Nieżyt szyjki oraz niewielki nieżyt pochwy utrzymują się nadal. Dalsze leczenie: codziennie po 1 tabletce Deveganu. Po 3 tygodniach guz przydatków bez zmiany, chora nie odczuwa jednak żadnych dolegliwości. Nieżyt szyjki i pochwy ustąpił zupełnie. Na rozmazach nie stwierdza się ani trichomonad ani ziarenkowców. Po 14 dniach bez leczenia badanie kontrolne: nawrotu nie było.

4) Pacjentka lat 52, miesiączkowanie skończyło się przed 3 laty. Od 22 lat upławy. W 1932 roku lekarz dokonał z tego powodu skrobania. Nieżyt pochwy znacznego stopnia. Wydzielina zawiera bardzo liczne trichomonady. Po 4-dniowym leczeniu tabletkami Deveganu nieżyt pochwy oraz upławy ustąpiły zupełnie. Chora po raz pierwszy od 22 lat czuła się dobrze i nie doznawała żadnych dolegliwości. Badanie kontrolne po 14 dniach objawów nawrotu nie stwierdziło.

Dr A. VIRGIL, dr I. PASCAL i dr V. LĂZĂRESCU, Szpital Colentina w Bukareszcie.

LECZENIE RÓŻY PRONTOSILEM PRZY JEDNOCZESNYM SCHORZENIU NEREK.

(Referat według Klin. Wschr. 1937, Nr. 6).

Od czasu gdy *Virgil* doniósł w Towarzystwie Lekarskim w Bukareszcie o doskonałych wynikach leczenia Prontosilem róży przebiegającej z zaburzeniami w czynności nerek, obserwowano w szpitalu Colentina dalszych 50 chorych tego rodzaju, którzy również znosili Prontosil bez żadnej szkody. Trzy przypadki dotyczyły róży twarzy u chorych, u których objawy nerkowe (białkomocz, krwiomocz, obecność wałeczków) wystąpiły podczas róży. Dobowa ilość moczu zmniejszyła się wyraźnie. Zawartość mocznika we krwi wahała się od 0,2 do 0,4‰. Prontosil podawano co 3 godziny; ogólna dawka dobowa wynosiła 8 tabletek. Postępowanie to doprowadzało w krótkim czasie do wyleczenia zarówno róży jak i zaburzeń nerkowych. Spośród przytoczonych przez autorów historyj chorób na szczególną uwagę zasługują 2 następujące:

1) G. P., lat 58, róża twarzy. Chory przybywa do szpitala w 6. dniu choroby. Ciśnienie krwi 185 — 120. W moczu 0,75 g białka (Essbach), liczne leukocyty i paciorkowce. Mocznik w moczu 16‰, we krwi 1,60‰. Ilość ciałek białych we krwi 17500. Natychmiast zastosowano Prontosil w dawce po 1 tabletce co 3 godziny, czyli 8 tabletek na dobę. Mocz zabarwił się na żółto. Po 48 godzinach poprawa stanu ogólnego. Zaczerwienienie pozostało początkowo bez zmiany. Po 11 dniach wyleczenie, jednakże z lekkim niedowładem prawostronnym i nieznacznym utrudnieniem mowy. Diureza dobowa podczas leczenia wahała się od 300 do 900 cm^3, ciężar właściwy moczu wynosił 1010 — 1020. W 48 godzin po rozpoczęciu leczenia mocz zawiera zaledwie ślad białka, mocznik w moczu 16‰, we krwi 1,42‰. W piątym dniu terapii: mocznik we krwi 1,20‰, w moczu 17‰. W 11. dniu leczenia: we krwi 0,60‰, w moczu 13,60‰. Ciśnienie krwi utrzymywało się przez cały czas stale na wysokim poziomie.

2) Chora I. S., lat 15. Róża twarzy, obrzęki całego ciała. W roku 1935 już chorowała na różę twarzy, której również towarzyszyły znaczne obrzęki. Obecnie ciśnienie krwi 125 — 75. Biegunki; stan ogólny bardzo zły. Pod wpływem Prontosilu róża ustępuje bardzo szybko, gorączka opada, stan ogólny poprawia się. W 10. dniu leczenia obrzęki zaczynają ustępować. Mocz zawiera jeszcze 6 g białka w litrze. W 12. dniu: białko 8 g, mocznik 0,32‰. W 21. dniu białkomocz wynosi zaledwie 1,5 g w litrze. Krwinek czerwonych ani ziarnistych wałeczków w osadzie moczowym już się nie stwierdza. Obrzęki ustąpiły całkowicie.

W obu powyższych przypadkach przebieg choroby wykazał w przekonywujący sposób, że leczenie Prontosilem wpłynęło pomyślnie zarówno na sprawę zakaźną jak i na zaburzenia nerkowe.

Dr H. G. HUBER, Szpital miejski Küchwald, Chemnitz.

LECZENIE PRONTOSILEM W WIEKU NIEMOWLĘCYM I DZIECIĘCYM.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1937, Nr. 32).

W przypadkach róży u dzieci i niemowląt stosowanie Prontosilu daje doskonałe wyniki lecznicze; początkowo autor stosował tabletki doustnie, następnie jednak przeszedł u niemowląt do wstrzykiwań domięśniowych Prontosilu solubile, który stosował w dawkach po 4 cm^3 dziennie. Prontosil w połączeniu z przetaczaniem krwi okazał się bardzo skuteczny również w posocznicy paciorkowcowej (2 przypadki). Autor opisuje historię choroby pewnej 5-letniej dziewczynki dotkniętej poanginowym zakażeniem septycznym, powikłanym zapaleniem płuc; dwukrotne przetoczenie krwi i codzienne domięśniowe wstrzykiwania po 5 cm^3 Prontosilu solubile (domięśn.) wpłynęły nadzwyczaj pomyślnie na stan chorej i doprowadziły do zniknięcia wykrytych poprzednio we krwi paciorkowców hemolitycznych. W paciorkowcowym zapaleniu opon mózgowych Prontosil sprowadził jedynie przemijającą poprawę, nie mógł jednak powstrzymać śmiertelnego przebiegu choroby (4 przypadki). Według danych z piśmiennictwa Prontosil wpływa pomyślnie na zapalenie opon mózgowych pochodzenia usznego; własnego doświadczenia w tej dziedzinie autor nie posiada. W jednym przypadku pneumokokowego ropnego zapalenia opłucnej Prontosil zawiódł. Natomiast u 6-letniego chłopca z paciorkowcowym ropnym zapaleniem opłucnej stwierdzono pod wpływem Prontosilu szybką popra-

wę i ustąpienie ropnego wysięku. W płoniczym zapaleniu gruczołów chłonnych działanie Prontosilu było wątpliwe. Bardzo przekonywującą natomiast była skuteczność preparatu w ropomoczu niemowląt i dzieci wywołanym przez zakażenie lasecznikami okrężnicy. Autor obserwował 20 chorych tego rodzaju. Prontosil podawano odpowiednio do wieku 3 —4 razy po ½ tabletki, lub 3 razy dziennie po 1 tabletce. Wyleczenie następowało w ciągu 1 — 2 tygodni; w najcięższym przypadku leczenie trwało 2 — 3 tygodnie. U 12-letniego chłopca dotkniętego zakażeniem septycznym, wywołanym przez laseczniki okrężnicy — dokonano również próbnej laparotomii — dopiero codzienne domięśniowe wstrzykiwania Prontosilu solubile w dawkach po 5 cm^3 doprowadziły w ciągu 5 dni do ustąpienia gorączki, poprawy i wreszcie wyleczenia.

W piśmiennictwie znajdujemy opisy przypadków reumatyzmu stawowego, czyraczności, zapalenia szpiku kostnego, meningokokowego zapalenia opon mózgowych i duru brzusznego, w których Prontosil wpływał bardzo pomyślnie na przebieg choroby. Jako objawy uboczne przy stosowaniu tabletek występowały czasami wymioty i biegunki dyspeptyczne; spośród dzieci starszych wymiotowało tylko jedno. Tolerancja wstrzykiwań domięśniowych była zawsze dobra. Pomarańczowo-żółte zabarwienie skóry występowało tym silniej im dzieci były mniejsze; tabletki wywoływały silniejsze zabarwienie niż wstrzykiwania. W poszczególnych przypadkach zabarwiały się również i błony śluzowe (lecz nie białkówki).

Dr O. A. BOSSE, Zakład Higieny w Marburgu i Szpital powiatowy w Arolsen.

LECZENIE SCHORZEŃ PACIORKOWCOWYCH.

(Referat według Fortschr. Ther. 1936, Nr. 9).

Autor opisuje 4 przypadki ciężkich schorzeń paciorkowcowych, leczonych z nadzwyczaj pomyślnym wynikiem za pomocą Prontosilu.

Chory, lat 49, czyrak w lewym zewnętrznym przewodzie słuchowym, róża twarzy, dreszcze, wysoka gorączka i wymioty. Doustne podawanie Prontosilu w tabletkach po 0,3 g doprowadziło w ciągu 4 dni do ustąpienia gorączki, nadzwyczajnej poprawy stanu ogólnego i ustąpienia objawów miejscowych.

20-letni cieśla spadł z rusztowania. Wkrótce wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych. Zastosowanie Prontosilu wpłynęło bardzo pomyślnie na przebieg choroby, tak że pacjent w krótkim czasie powrócił do zdrowia.

Chory, lat 77, przerost gruczołu krokowego, ropny, zastoinowy nieżyt pęcherza moczowego (Septicaemia). Leczenie: Prontosil (2 tabletki dziennie), poza tym przepłukiwania pęcherza, środki nasercowe. Zupełne wyleczenie.

Chory, lat 20, płonica, po 2 tabletkach Prontosilu spadek gorączki, poprawa stanu ogólnego, ustąpienie dolegliwości przełykowych oraz zmian w gardle. Dalszy przebieg bardzo łagodny, zupełnie bez powikłań.

Dr Ed. de COOMAN, Asystent kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu w Louvain (prof. R. Schockaert).

USYPIANIE DOŻYLNE ZA POMOCĄ EVIPANU-NATRIUM W PRAKTYCE GINEKOLOGICZNEJ.

(Referat według Revue de Progrès Thérapeutique, 1937, Nr. 1).

Pracę niniejszą ograniczamy do przytoczenia wyników otrzymanych na klinice ginekologicznej uniwersytetu w Louvain przy stosowaniu Evipanu-Natrium, jako środka usypiającego. Do obszernego piśmiennictwa o tym środku pragniemy dorzucić jeszcze kilka nowych szczegółów, przemawiających na jego korzyść i uzasadniających jego rozpowszechnienie.

Evipan-Natrium stosujemy na klinice położniczo-ginekologicznej od października 1933 roku. Badania, których wyniki omawiamy, zakończono w lutym 1936 roku.

W 548 przypadkach stosowano Evipan-Natrium jako samodzielny środek usypiający, a w 52 przypadkach jako środek przygotowawczy do narkozy ogólnej. Od lutego 1936 roku spostrzegaliśmy jeszcze 300 nowych przypadków, których szczegółowe rozpatrzenie uważamy już za zbyteczne, ponieważ nowy sposób usypiania okazał się pewny i skuteczny.

Evipan-Natrium jest naszym zdaniem idealnym środkiem usypiającym w krótkotrwałych zabiegach ginekologicznych, posiada bowiem szereg zalet, jak łatwość stosowania, brak jakichkolwiek przykrych odczynów ze strony chorych, nieszkodliwość (przy prawidłowym dawkowaniu), szybkie i pewne działanie, szybkie wydalanie z ustroju, dzięki czemu chore budzą się wcześnie, nie odczuwając żadnych dolegliwości.

Stosowaliśmy Evipan-Natrium w następujących zabiegach:

skrobanki,
elektrokoagulacje, amputacje i szycie szyjki macicy,
rozszerzanie,
przecinanie ropni pochwowych,
szycie krocza,
operacje Alquier-Alexandra,
wycinanie gruczołów Bartholiniego i t. d.

wreszcie wszystkie bolesne badania ginekologiczne, niewykonalne bez znieczulenia.

W pierwszych 108 przypadkach stosowano tylko Evipan-Natrium, bez uprzedniego przygotowania chorej za pomocą środka uśmierzającego. Wstrzykiwano od 6 do 10 cm^3 przetworu z przeciętną szybkością po 3 cm^3 na minutę. W większości przypadków przebieg uśpienia był spokojny i prawidłowy. W 21 przypadkach, po wstrzyknięciu pierwszych centymetrów sześciennych lub na początku zabiegu pojawiały się jednak skurcze mięśniowe. Trzeba było przerywać

wstrzykiwania i zwracać się do ogólnej narkozy eterowej. W pięciu innych przypadkach znieczulenie było niezupełne i ciągły niepokój ruchowy chorych utrudniał wykonanie zabiegu.

Ten dość znaczny (24%) odsetek znieczuleń trudnych lub niewystarczających skłonił nas, niezależnie od ogłoszonych w tym czasie prac, do uprzedniego przygotowywania chorych za pomocą dodatkowego środka uspokajającego. Wybór padł na Dilaudid i po szeregu prób ustalono następującą metodę (440 przypadków): na 1/2 godziny przed zabiegiem wstrzykuje się podskórnie 2 miligramy Dilaudidu (całkowita zawartość ampułki). W przypadkach zabiegów nagłych, doraźnych, wstrzykiwano Dilaudid śródmięśniowo, na kilka minut przed uśpieniem.

Pod wpływem Dilaudidu chora leży na stole operacyjnym spokojnie, jest odurzona i obojętna. Nie reaguje prawie wcale na wkłucie igły do żyły. Zawczasu przygotowany roztwór wstrzykuje się bardzo wolno z szybkością mniej więcej po 1 cm^3 na minutę. Chora stopniowo zapada w głęboki sen, do którego wywołania wystarczają 2—3 cm^3 przetworu. Po krótkim okresie bezdechu z nieznaczną sinicą pojawiają się oddechy spokojne, głębokie i miarowe. Tętno i ciśnienie nie zmieniają się. Na początku wstrzykiwania należy pozostawić chorą w zupełnym spokoju, nie zadając jej pytań ani nie każąc liczyć głośno.

Po wstrzyknięciu 4—5 cm^3 dolna szczęka opada, należy ją wtedy podtrzymać. Zabieg można rozpocząć po wstrzyknięciu jeszcze 2—3 cm^3. Najczęściej dawka ta okazuje się zupełnie dostateczna; jeśli chora się porusza, wstrzykuje się jeszcze 1—2 cm^3; jeśli operacja się przedłuża, należy wstrzyknąć całą zawartość ampułki. Przy ustalaniu dawki w poszczególnym przypadku należy raczej zwracać uwagę na sposób oddziaływania chorej, niż na jej wagę i wzrost.

Całkowite uśpienie i znieczulenie trwa zwykle od 20 do 30 minut. Jeśli zabiegu po upływie tego czasu nie skończono, chora zaczyna jęczyć, reagując na ból skurczami i konwulsyjnymi ruchami, przytomności jednak nie odzyskuje. Zasadniczo nie należy wstrzykiwać dodatkowej dawki Evipanu; do podtrzymania znieczulenia wystarcza minimalna ilość eteru.

W 4 przypadkach (0,99%) nie mogliśmy osiągnąć zupełnego zwiotczenia mięśni i trzeba było od samego początku zastosować uśpienie eterowe.

W pięciu innych przypadkach pracę operującego utrudniały, nieznaczne zresztą, skurcze mięśniowe.

W 431 przypadkach przebieg uśpienia był doskonały. W kilku zabiegach przekroczono przewidziany czas narkozy, wobec czego uśpienie podtrzymano eterem.

Chore budzą się z uśpienia Dilaudidem i Evipanem-Natrium po upływie 1/2—2 godzin po zabiegu. Przebudzenie jest w większości przypadków spokojne, jak po zwykłym śnie. Tylko w 10 przypadkach chore wymiotowały. W 2 przypadkach z serii wstrzykiwań Evipanu-Natrium bez uprzedniego przygotowania za pomocą Dilaudidu, chore zdradzały w chwili przebudzenia niepokój. Po do-

mięśniowym wstrzyknięciu Dilaudidu niepokój ten natychmiast ustępował. Odtąd wstrzykiwano stale drugą ampułkę Dilaudidu po zabiegach, wywołujących silne bóle pooperacyjne.

Wszystkie chore były zachwycone tą metodą narkozy, zwłaszcza te, które już były kiedyś operowane w uśpieniu eterowym lub chloroformowym. Pacjentki oświadczyły, że w razie konieczności poddania się jeszcze jakiemuś zabiegowi, nie zgodzą się na żaden inny sposób usypiania. Chore pamiętają zwykle tylko moment wkłucia igły do żyły i często nie wierzą, że bolesny zabieg mają już po za sobą.

W dłuższych zabiegach miednicowych, jak histerectomia vaginalis, interpositio vesico-vaginalis, colporaphia anterior et posterior, operacja Lefort'a, jak również w operacjach brzusznych, autor stosuje z reguły znieczulenie lędźwiowe. Jeśli jednak znieczulenie lędźwiowe jest przeciwwskazane, lub też kiedy chore kategorycznie się tej metodzie sprzeciwiają, stosuje się ogólną narkozę eterową, po przygotowaniu za pomocą środka nasennego, który podaje się wieczorem w przeddzień operacji i nazajutrz rano na 1/2 godziny przed rozpoczęciem zabiegu. Jeżeli jednak bardzo lękliwe chore panicznie boją się widoku sali operacyjnej i przygotowań do zabiegu chirurgicznego, wstrzykuje się zamiast podawania środka nasennego do wewnątrz, leżącej jeszcze w łóżku w swoim pokoju chorej Evipan-Natrium dożylnie.

Po wstrzyknięciu 4—6 cm^3 mięśnie są już zupełnie rozkurczone. Pogrążoną w głębokim śnie chorą sprowadza się na salę operacyjną i wtedy można spokojnie przystąpić do zabiegu w narkozie eterowej.

W omawianym okresie czasu dokonano w ten sposób 50 operacyj; metoda okazała się najzupełniej zadowalającą. Zaoszczędza ona chorym nieprzyjemnych wrażeń, usuwa znamienny dla narkozy eterowej wstępny okres nieraz bardzo silnego podniecenia. Chore nie kaszlą, nie wymiotują, oddychają spokojnie i miarowo. Niezbędne w usypianiu zwykłym wysokie stężenia eteru są w tych warunkach niepotrzebne. Do podtrzymania uśpienia wystarczają również dawki mniejsze. Ani razu nie stwierdzono pooperacyjnego zapalenia płuc.

Uśpienia za pomocą dożylnego wstrzykiwania Evipanu-Natrium nie spowodowały — na 600 przypadków — ani jednego bezpośredniego zejścia śmiertelnego. Poważniejsze zaburzenia zdarzały się rzadko. W czterech przypadkach nagłego zatrzymania oddechów uratowano chore za pomocą sztucznego oddychania i domięśniowego wstrzyknięcia Icoralu Bayera. W jednym przypadku zagrażającej zapaści i niepokojącego spadku ciśnienia, opanowano sytuację po dożylnym wstrzyknięciu 0,5 cm^3 Icoralu.

Poza jedyną ewentualnością, którą omówimy poniżej, nie ma bezwzględnych przeciwwskazań do stosowania Evipanu-Natrium. Autor stosował ten środek u pacjentek otyłych, u chorych na serce, na białkomocz, cukrzycę, zakażenie krwi, nawet w ciężkiej niedokrewności po obfitych krwotokach, kiedy zachodziła konieczność przetoczenia krwi przed zabiegiem. Ostrożnie, z uwzględnie-

niem indywidualnej wrażliwości chorej, przeprowadzone uśpienie Evipanem nie dawało nigdy powodu do alarmu.

Dla ścisłości należy jednak przytoczyć przypadek, w którym chora umarła w 60 godzin po zabiegu, prawdopodobnie wskutek uśpienia Evipanem.

Chora z nadciśnieniem, 57 lat. Od szeregu miesięcy krwotoki z macicy. Skrobanka w pełnym znieczuleniu dilaudido-evipanowym. Powrót do świadomości po upływie 109 minut od rozpoczęcia wstrzykiwania. Wynik badania zeskrobanej tkanki: rak trzonu macicy. Po 48 godzinach całkowite wycięcie macicy przez pochwę, w znieczuleniu lędźwiowym. Silny wstrząs pooperacyjny. Spadek ciśnienia. Śmierć po 8 godzinach. Badanie pośmiertne wykazało ostry żółty zanik wątroby. Być może, że był to tylko przypadkowy zbieg okoliczności. Równie możliwą jest jednak rzeczą, że właśnie Evipan ostatecznie uszkodził chorą już wątrobę. Evipan jest zatem niewskazany w przypadkach cięższych zmian chorobowych w wątrobie.

WNIOSKI.

Uśpienie za pomocą dożylnego wstrzykiwania Evipanu-Natrium w dawce nie przekraczającej 1 g jest metodą wyboru we wszystkich krótkotrwałych zabiegach ginekologicznych. Chorą przygotowuje się do uśpienia przez wstrzyknięcie podskórne lub śródmięśniowe Dilaudidu. Wstrzykiwanie Evipanu odbywa się bardzo powoli. Dawkę ustala się na podstawie oddziaływania chorej. Nie należy przekraczać dawki 1 g.

Wstrzyknięcie może wykonać sam operujący. Niezbędny jest tylko jeden pomocnik do podtrzymywania szczęki dolnej.

Jedynym przeciwwskazaniem są ciężkie zmiany w wątrobie.

Rzadkie powikłania, jak duszenie się lub zapaść można łatwo opanować za pomocą sztucznego oddychania i domięśniowego lub dożylnego wstrzyknięcia Icoralu lub Coraminy.

Chore budzą się z uśpienia Evipanem szybko, bez nudności i wymiotów. Są zachwycone z podobnego sposobu usypiania.

W zabiegach wymagających ogólnej narkozy eterowej, usypia się chorą Evipanem, kiedy leży ona jeszcze w swoim pokoju w łóżku, nieraz bez jej wiedzy. W ten sposób zaoszczędza się pacjentkom przykrych wrażeń, związanych z narkozą inhalacyjną, usuwa się okres podniecenia, zmniejsza się potrzebną do uśpienia dawkę eteru, a tym samym zapobiega się niebezpieczeństwu pooperacyjnego zapalenia płuc.

Dr **WŁADYSŁAW DWORECKI** , Warszawa.

PRZYPADEK SZYBKIEGO WYLECZENIA ROPNEGO ZAPALENIA OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH POCHODZENIA USZNEGO Z PACIORKOWCEM HEMOLIZUJĄCYM W PŁYNIE.

N. D. lat 6, zgłosił się 20. 11. r. b. Wywiady: 22. XII. r. ub. zapadł na ciężką płonicę z wymiotami, temp. powyżej 40°. 23. XII. wyraźna wysypka — zastrzyk z surowicy przeciwpłonicowej. Po 2—3 dniach obrzmienie gruczołów chłonnych szyi; stwierdzono błonicę — zastrzyknięto 20.000 jedn. surowicy przeciwbłonicznej. Temp. około 40° utrzymywała się nadal. Na 7. dzień wystąpił ropotok z obu uszu i chorego w stanie ciężkim umieszczono w szpitalu w Łomży. Po 4-tygodniowym pobycie wypisał się w stanie podgorączkowym z ropieniem z uszu. Po upływie 3 tygodni, t. j. 19. II. r. b. wystąpiły nagle gwałtowne wymioty, temp. 40°; dziecko wg. słów matki „całe zdrętwiało". Lekarz stwierdził zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i zalecił natychmiastowy wyjazd do Warszawy. 20. II: dziecko blade, wycieńczone, zamroczone; temp. powyżej 40°, tętno szybkie, słabo napięte, 180. Uszy: obfity ropotok obustronny; otoskopowo: prawie całkowite zniszczenie błon bębenkowych, śluzówka jam bębenkowych obrzękła, przekrwiona; bolesność obu wyrostków sutkowych, większa lewego. Słuch: szept O, potoczna mowa ad concham. Wybitne objawy oponowe: sztywność karku na 4 palce, wyraźny *Kernig*, zamroczenie; nakłucie lędźwiowe: ciśnienie bardzo wzmożone; płyn mętny, z obfitą ilością włóknikowych kłaczków, odesłano do zbadania. Tegoż dnia obustronna antromastoidectomia: rozległe zniszczenie przez proces ziarninowo-ropny; po lewej stronie obnażono oponę twardą przez usunięcie tegmen antri. 21. II. temp. spadła do 37,6 — 37,8°; przytomniejszy. 22. II. jednak stan jak przed operacją. Wynik badania mózgowo-rdzeniowego: 1240 białych ciałek, 860 wielojądrzastych, 380 limfocytów, białka 0,25%. N. — A. +. Paciorkowiec hemolizujący w rozmazach i posiewie. Odtąd codziennie w ciągu 11 dni 4 pastylki Prontosilu doustnie, jedna ampułka (5 cm^3 2½%) domięśniowo i nakłucia lędźwiowe z obfitym upustem płynu (do 35 — 40 cm^3) i następnym wpuszczeniem 10% urotropiny (10—12 cm^3) podoponowo; codziennie opatrunek ran po antrotomii. 23. II. ze względu na brak poprawy stanu chorego, w obawie przed powstaniem zrostów przy tak dużej zawartości włóknikowych kłaczków w płynie wpuściłem podoponowo metodą *Mayera* prócz urotropiny 15 cm^3 powietrza, co chory zniósł dobrze (o godz. 6-ej wiecz., a w nocy między g. 1. a 2. krótkotrwała zapaść). 24. II. po nakłuciu znów wraz z urotropiną 12 cm^3 powietrza (nie było zapaści). Odpowiedź badania płynu mózgowo-rdzeniowego, pobranego 23.II: mętny, białka 0,16%, N.—A. st.+800 b. c., 530 wielojądrz., 270 limf. Paciorko-

wiec hemolizujący w rozmazach i posiewie. 25. II. st. lepszy, przytomny, temp. 36,9°, tętno jednak nadal 160, nitkowate. Przetoczenie 80 cm^3 krwi od dawcy, który przeszedł szkarlatynę, i ampułka Prontosilu dożylnie; wieczorem temp. 37,2°. Od tego czasu stan szybko poprawia się, a na 10. dzień pobytu w Zakładzie t. j. 2. III. wszystkie objawy oponowe całkowicie ustąpiły; pł. mózgowo-rdzeniowy mętnawy, białko 0,2%. N.—A. sł.+, 257 b. c., 180 wielojądrz., 72 limf.—jałowy; samopoczucie dobre, wzmożenie apetytu, temp. i tętno prawidłowe. Rany pooperacyjne szybko się goją—opatrunki co 2. dzień. Słuch się poprawia. Jeszcze 2 kontrolne nakłucia lędźwiowe 6. III. i 11. III, te ostatnie: płyn klarowny, 43 b. c., 24 wielojądrz., 19 limf., jałowy, białko 0,16%; N.—A.— Obecnie czuje się wyśmienicie: wszystkie czynności odbywają się prawidłowo, rany na zagojeniu, słuch na 4 mtr. obustronnie.

Przypadek ten zasługuje na omówienie z następujących względów:

1) odsetek wyleczonych ropnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych wogóle waha się od 7% *(Steward)* do 32% *(Neuman)*, a takich, gdzie w płynie wykryto paciorkowiec hemolizujący nie sięga nawet 2%. Ostatnio od czasu stosowania preparatów chrysoidynowych, odsetek ten powiększył się;

2) osiągnięcia tak szybkiego (po 9-ciu dniach) wyleczenia paciorkowcowego ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, nie znalazłem w piśmiennictwie;

3) osiągnięty efekt należy, sądzę, przypisać z jednej strony szybkiej interwencji chirurgicznej, t. j. na 2-gi dzień po wystąpieniu objawów oponowych, a z drugiej strony zastosowaniu prócz antrotomii skombinowanej terapii: metodą *Mayera* (upust pł. mózgowo-rdzeniowego, urotropina, powietrze) i energicznej prontosilowej. Kombinacji tej, zdaje się, nikt dotąd nie stosował.

DONNDORFF, ROZIER, Lyon.

ŚMIERĆ POZORNA.

(Observ. physiq. 1775) i in.

Obawa przed pozorną śmiercią dręczyła ludzi już od najdawniejszych czasów. Nie wygasła ona zresztą jeszcze i obecnie. Zagadnienie pozornej śmierci było dawniej tematem bardzo rozpowszechnionym; opisy przypadków pozornej śmierci były przeważnie okropne i pełne grozy. Niektóre spośród tych historyj zostały pięknie opracowane pod względem literackim i artystycznym przez wybitnych pisarzy. Przypadki pozornej śmierci zdarzały się szczególnie często zwłaszcza w czasach panowania dżumy. Głęboka zapaść mogła istotnie robić wrażenie zgonu; chorych zaś ze strachu przed zarażeniem przeważnie dokładnie nie badano. Otoczenie obawiało się nawet zbliżyć do chorego lub do zwłok i wszystko pozostawiano barbarzyńskim pielęgniarzom dżumowym. Znana jest np. historia pewnej kobiety nazwiskiem *Richmodis von Aducht*,

która zachorowała w Kolonii na dżumę; chorą, znajdującą się prawdopodobnie w ciężkiej zapaści, uznano przedwcześnie za zmarłą i wywieziono na cmentarz; w nocy zakradli się na cmentarz złodzieje zwłok; chora ze strachu obudziła się ze swego odrętwienia i ku zdumieniu złodziei zaczęła uciekać. Można sobie wyobrazić raczej przerażenie niż radość męża, gdy „zmarła" małżonka niespodziewanie w nocy powróciła. Podobną historię opisuje *Boccacio:* w roku 1348 niejaka *Catilina Caccianimico* została uznana przez lekarzy za nieżywą; narzeczony jej *Gentile Carisendi* nie mógł się pogodzić z myślą o utracie ukochanej i wykradł zwłoki z grobu; po przyniesieniu do domu „zmarła" zaczęła się ruszać i udało się przywrócić ją do życia. Nieco mniej romantyczną lecz równie okropną przygodę miał wesoły *Augustyn* podczas epidemii dżumy w Wiedniu w r. 1863. *Augustyn* upił się do tego stopnia, że robił wrażenie martwego; przypuszczano, że zmarł na dżumę, wywieziono go na taczkach na cmentarz i wrzucono do grobu razem z innymi naprawdę zmarłymi. — Często przyczyną pozornej śmierci była nie choroba lecz jak u miłego *Augustyna* przypadkowe zatrucie. Doskonałe opisy historyj tego rodzaju znajdujemy w dziełach *Boccacia:* stary lekarz ma młodą i piękną żonę; kochanek tej żony wypija przez nieuwagę trunek nasenny, wynaleziony przez lekarza; uznano go za martwego i wyniesiono z domu w mocno zabitej skrzyni. — Przebiegły opat z Toskany świadomie użył podstępu pozornej śmierci dla przeprowadzenia pobożnych zamiarów. Lecz bardzo tragicznie zakończyła się próba udawania śmierci u *Julii* w słynnym dramacie *Szekspira. Romeo* nie podejrzewa, że śmierć ukochanej była jedynie pozorną, jest przekonany, że *Julia* zmarła naprawdę i z rozpaczy przedwcześnie przerywa pasmo swego życia.



Udana choroba i pogrzeb Ewy v. Trott, według Abelina 1637.

Zupełnie odrębne podłoże miała śmierć pozorna *Ewy v. Trott,* która na życzenie swego kochanka, księcia Brunświku, odegrała przed jego żoną i przed całym krajem komedię zgonu i pogrzebu. Panująca wówczas dżuma ułatwiła w znacznym stopniu odegranie tej komedji. Książę *Henryk* Braunschweig-Wolfenbüttel (1489 [1514] — 1568) pomimo swego małżeństwa z *Elżbietą* Wirtenberską, z którą miał 11 dzieci, utrzymywał stosunek miłosny z heską damą dworu swej żony *Ewą von Trott.* Owocem tej miłości było 7 dzieci romantycznego księcia. Dla odebrania swej żonie podstaw do zazdrości książę usunął swą kochankę ze służby dworskiej. Podczas podróży do swej heskiej ojczyzny *Ewa v. Trott* „zachorowała" i „zmarła na dżumę". Drewniane pogrze-

sie, możliwie podobne do „zmarłej" damy dworu oraz pozostałe członki zwłok, wykonane udatnie przez zaufane kobiety księcia z popiołu, ziemi i sukna, pokryto żałobnym całunem i wśród płaczu i zawodzeń włożono do trumny. Dżuma, uznana za przyczynę śmierci pięknej damy, powstrzymała niewtajemniczonych ciekawych od niepotrzebnego zbliżania się do trumny ze zwłokami. W ten sposób uroczyście pochowano *Ewę von Trott* w podziemiach klasztoru Bosych Mnichów. W tym samym czasie, gdy odbywał się pogrzeb, *Ewa von Trott*, zdrowa i wesoła, spędzała miłe chwile w towarzystwie księcia na zamku Staufenberg. W związku z przedwczesnym zgonem damy dworu wydano nawet odezwę do ludu aby modlił się za spokój jej duszy.



Przywracanie do życia według Abbé Rozier 1775.

Zabiegi lecznicze stosowane dla przywrócenia pozornie zmarłego do życia były aż do najnowszych czasów dziwne i niezwykłe. Rzecz zadziwiająca, że większość odnośnych pomysłów leczniczych pochodziła od osób duchownych. Tak np. w Observations sur la physique etc. (Paryż, 1775, część V)znajdujemy opis metody *M. l'Abbé Rozier* z Lyonu. Pozornie zmarłego należy zanieść do obory lub stajni i pokryć jego ciało ciepłym nawozem lub piaskiem a następnie nacierać go rozdrobnionym lodem lub śniegiem. Następnie wdmuchuje się mu powietrze do dziurki od nosa lub do ust. Zabiegiem szybszym i pewniejszym jest wdmuchiwanie powietrza bezpośrednio z ust do ust (CO_2), przy czym ratujący przykłada swe wargi ściśle do warg pozornie zmarłego (np. topielca). Jednocześnie stosuje się wdmuchiwania również od strony odwrotnej, przy czym najlepiej wdmuchiwać dym tytoniowy. Zabiegów tych nie należy przerywać aż do chwili wystąpienia wyraźnych oznak powrotu do życia. Następnie uderza się rózgami wewnętrzne strony dłoni i podeszwy, łaskocze śluzówkę nosa i t. d. Czasami osiągano pomyślne wyniki gdy owijano ciało w skórę barana lub innego świeżo odartego ze skóry czworonoga, co tak posłużyło dobrze *Cezarowi Borgia*. Jako nieomylny środek badania w przypadkach letargu podał *Creve* w r. 1796 swą próbę metalu (*Busch*, Almanach, II, III). Łatwy w użyciu i tani środek ratowania pozornie zmarłych w razie obudzenia się ich w grobie opisał pastor *Pessler* z Wedlenstedtu (1798). Inny preparat dla ratowania pozornie zmarłych wynalazł w r. 1800 pastor *Beck* z Stedten.



Przy dermatozach

Mitigal

płynny preparat siarkowy, skutecznie uśmierzający wszelkie swędzenia.

Swoisty środek leczniczy w świerzbie.

Pewne działanie przy pryszczycach, trądziku, swędzeniu, łupieżu, liszajcach.

Mitigal jest czysty w użyciu.

Opakowania oryginalne:

flaszki	po	75 g	zł.	4.65
,,	,,	150 g	,,	8.–
opak. klin.	,,	1 kg	,,	40.–

BAYER

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Badania chemiczno-bioklimatyczne w Bretanii. Wpływ bretońskiego przemysłu jodowego na powietrze środkowo-europejskich środowisk jodowych.

Bretania jest najbogatszym w jod krajem europejskim. Już od kilku stuleci otrzymuje się tam jod przez spalanie odpowiednich wodorostów, co nadzwyczajnie zwiększa zawartość jodu w powietrzu. Nawet w czasach, gdy wodorostów się nie spala, zawartość jodu w powietrzu jest około 30 razy większa niż np. w Berlinie. Na początku spalania zawartość jodu szybko zwiększa się 300 — 500-krotnie, w okresie zaś największego nasilenia produkcji jest przeszło 1500 razy większa niż przeciętnie. Zawartość bezpośrednia jodu w dymie powstającym ze spalania wodorostów zwiększa się 75000 razy, a w samej fabryce jodu — 11250000 razy. Zawartość jodu w wodzie deszczowej i w wodzie do picia jest również nadzwyczaj duża. Również zawartość jodu w glebie bretońskiej jest znacznie większa niż we wszystkich krajach Europy środkowej i zachodniej, pomimo że pierwotne głębokie warstwy ziemi wykazują prawidłową zawartość jodu. Chmury jodowe powstające podczas spalania wodorostów obfitujących w jod przenikają z powietrzem daleko w głąb kontynentu. Przy odpowiedniej pogodzie udawało się prześledzić wąskie pasma obłoków jodowych wytworzonych przez spalanie w odległości przeszło 100 km od miejsca ich powstania. Fale znacznej zawartości jodu w powietrzu obserwowano w r. 1933 w Zachodnich Niemczech zależały od przeprowadzonego w tym czasie spalania wodorostów w Bretanii. Z jodu unoszonego w powietrze podczas spalania powraca następnie z opadami na ziemię kontynentu około 70%; w latach 1933 i 1934 podczas produkcji jodu w Bretanii unosiło się corocznie w powietrze około 6,5 tonn jodu; w tych warunkach ilość jodu znajdującego się w powietrzu wystarcza w zupełności, aby opady deszczowe kraju o powierzchni 3½ razy większej niż państwo Niemieckie nasycić jodem w przeciętnej stwierdzanej tam ilości 2 γ na litr. Ten wpływ bretońskiego przemysłu jodowego oraz analogicznego przemysłu krajów północnych na środkowo-europejskie środowisko jodowe jest bardzo wyraźny i nie ulega obecnie żadnej wątpliwości. Wobec tego jednak, że produkcja jodu w Bretanii, Szkocji, krajach Skandynawskich i w Danii od roku 1934 szybko się zmniejsza, należy się obawiać, że ilość łatwo ruchomego, biologicznie czynnego jodu pochodzącego z opadów deszczowych i znajdującego się w glebie niemieckiej wkrótce również się zmniejszy. Już obecnie zawartość jodu w powietrzu jest w przybliżeniu o jedną dziesiątą mniejsza niż przed 10 laty. Rośliny użytkowe nie mogą pobierać z powietrza takiej ilości jodu, która by pokrywała zapotrzebowanie pokarmowe zwierząt i ludzi, którą obliczono jako niezbędną na podstawie dawniejszych badań zawartości jodu w powietrzu.

Biologiczne znaczenie wysokiej zawartości jodu w środowisku bretońskim uwidacznia się w zupełnym braku zarówno endemicznego wola jak i choroby Basedowa. Częstość natomiast gruźlicy, a zwłaszcza gruźlicy kości, jest w Bretanii znaczna i zmniejsza się wyraźnie w kierunku z zachodu na wschód, czyli w miarę oddalania się od burzliwego wybrzeża.

Dr Cauer, Główny Urząd Zdrowia w Berlinie.

(Bioch. Zschr. 1937, tom 292)

Leczenie migreny.

Chora ma lat 37 i cierpi już od 15 lat na ciężką migrenę. Napady są bardzo dokuczliwe i występują prawie co miesiąc. Chorą leczono wszelkimi możliwymi preparatami, lecz wszystkie one pozostawały bez wpływu na przebieg choroby. Pacjentka zgłosiła się do autora 1.5.34. W dalszym toku leczenia wypróbowano między innymi również galwanizację skóry głowy, Impletol, alkaloidy makowca, brom, preparat kwasów żółciowych i t. d. Wszystkie te zabiegi nie były jednak w stanie uchronić pacjentki przed powtarzaniem się napadów. W marcu 1936 zastosowano follikulinę, lecz również i ona zawiodła zupełnie. 4.12.1936 rozpoczęto kurację preparatem witaminy B_1 — Betaxiną. Wszystkie inne środki odstawiono. Po 10 wstrzyknięciach Betaxiny w dawce po 2 mg objawy migreny ustąpiły zupełnie. Chora czuje się doskonale. Dawniejszy stan przygnębienia i apatii przeminął. Ten doskonały stan utrzymywał się do 27.6.37; w dniu tym chora dostała ponownie ciężkiego napadu migreny. Zastosowano natychmiast wstrzykiwania Betaxiny „forte". Po 6 wstrzyknięciach bóle ustąpiły i chora znowu czuje się doskonale. Aż do dzisiejszego dnia nawrotu nie było i pacjentka nie doznaje żadnych dolegliwości.

Dr F. Hesse, Norderney.
(Ther. Ber. 1937, Nr. 11)

Ischias traumatica.

Chora ma lat 50. Przed 2 laty uległa wypadkowi automobilowemu, podczas którego doznała w kilku miejscach złamania miednicy. W kilka tygodni po tym ciężkim urazie wystąpiły dotkliwe bóle w zakresie lewego nerwu kulszowego. Bóle te reagowały jedynie na działanie alkaloidów makowca. Licznie stosowane zabiegi lecznicze, zarówno chirurgiczne jak i wewnętrzne (wstrzykiwania okołokręgowe, wstrzykiwania mleka, zabiegi napotne i t. d.) sprawiały wprawdzie pewną ulgę, lecz jedynie bardzo krótkotrwałą i po pewnym czasie dokuczliwe bóle znowu wracały. Opierając się na doniesieniach z piśmiennictwa o pomyślnym wpływie witaminy B_1 na przebieg schorzeń nerwowych, autor zastosował u chorej wstrzykiwania Betaxiny. Chora otrzymała 12 domięśniowych wstrzykiwań w dwudniowych odstępach. Już po 4. wstrzyknięciu nastąpiła znaczna ulga; bóle ustąpiły zupełnie po 12 wstrzyknięciach. Obecnie, w rok po kuracji, chora czuje się bardzo dobrze i jedynie przy zmianie pogody odczuwa niewielkie dolegliwości, które szybko ustępują pod wpływem małych dawek Pyramidonu.

Dr E. Schwarzkopf, Wiedeń.
(Ther. Ber. 1937, Nr. 6)

W sprawie leczenia trądzika.

Autor opisuje chorego, który zgłosił się do niego 5.6.36 z powodu nadzwyczaj ciężkiego trądzika na plecach. Całe plecy pokryte były wielkimi torbielami wypełnionymi łojowatą masą, ropnymi krostami, licznymi wągrami i starymi bliznami. Trądzik trwał już od wielu lat. Ponadto chory cierpiał również od dawna na klinicznie stwierdzony wrzód dwunastnicy. Wrzód ten leczono już wielokrotnie ambulatoryjnie i w odpowiednich zakładach, jednakże bez żadnego trwałego wyniku. Leczenie trądzika polegało na otworzeniu torbieli, wyciśnięciu wągrów i t. d., ponadto chorego naświetlano lampą kwarcową. W tym właśnie czasie autor dowiedział się o Torantilu i zaproponował choremu przeprowadzenie kuracji tym środkiem dla wyleczenia trądzika

i wrzodu dwunastnicy. Z powodu braku czasu chory nie mógł się zająć przeprowadzeniem systematycznego leczenia; dopiero pod koniec roku, gdy dolegliwości wrzodowe pogorszyły się znacznie, znowu zgłosił się po poradę. Trądzik ustąpił prawie zupełnie. Chory skarżył się głównie na skurczowe bóle w nadbrzuszu nie ustające nawet w nocy, na uczucie gwałtownego głodu w nocy i na ogólne osłabienie. 8.I. 1937 chory rozpoczął leczenie Torantilem. Pacjent przyjmował 3 razy dziennie po 1 drażetce, a ponadto w 1. tygodniu otrzymał jedno wstrzyknięcie Torantilu, w 2. tygodniu — zastosowano 2 wstrzyknięcia, w 3. tygodniu—3 zastrzyki i wreszcie w 2 ostatnich tygodniach po 2 zastrzyki. Ogółem chory w ciągu 5 tygodni otrzymał 10 domięśniowych wstrzyknięć i zażył 100 drażetek Torantilu. Już 26.I. stwierdzono wyraźną poprawę. Chory po każdym wstrzyknięciu odczuwał pewne nieokreślone sensacje wewnętrzne, czuł się chwilowo ogólnie osłabiony, następnie jednak stan jego szybko się poprawiał, tak że w wyniku ostatecznym pacjent doznał znacznej ulgi. 9.II. 1937 wszelkie bóle ustąpiły, chory nie odczuwa głodu, waga ciała zaczyna się zwiększać. 13.II. badanie rentgenowskie wykazało prawidłowy obraz żołądka z nieznacznie zwiększonym wydzielaniem. W opuszce dwunastnicy promieniste ściągnięcie bliznowate na podłożu wyleczonego owrzodzenia. W przypadku powyższym Torantil doprowadził do wyleczenia wrzodu dwunastnicy, istniejącego już przeszło 10 lat. Na trądzik natomiast Torantil żadnego wpływu nie wywarł.

Dr M. Friedlaender, Berlin.

(Ther. Ber. 1937, Nr. 11)

Leczenie nieżytu kiszek grubych.

Już od 2½ lat *Görl* leczy wszystkie przypadki nieżytów kiszek grubych za pomocą Torantilu. Jako przykłady pomyślnego wpływu Torantilu na przebieg choroby autor przytacza w streszczeniu kilka historyj chorób:

W 2 przypadkach bardzo dokuczliwe i uporczywe biegunki ustąpiły prawie natychmiast po zastosowaniu Torantilu. Poprawa była wprost doraźna. Drugi chory zgłosił się po upływie roku z objawami lekkiego nawrotu, który również bardzo pomyślnie zareagował na Torantil. Oprócz Torantilu żadnych innych środków nie stosowano. Pozostałe leczenie ograniczało się do stosowania ciepła i małych lewatyw czyszczących. Dietę przestrzegano tylko w ciągu kilku pierwszych dni. W pewnym szczególnie ciężkim przypadku nieżytu kiszek grubych, dotyczącym 27-letniej kobiety, Torantil również sprowadził szybką poprawę. Jednakże podczas najbliższego miesiączkowania wystąpił lekki nawrót z obecnością śladów krwi w stolcach; to samo powtórzyło się jeszcze raz w lutym 1937 r. Oba te nawroty udało się szybko przezwyciężyć za pomocą Torantilu i lewatyw z Yatrenu. Badanie rentgenowskie dokonane w lutym 1937 r. oprócz skurczów w kiszkach żadnych szczególnych zmian chorobowych nie wykazało.

Dr P. Görl, Norymberga.

(Münch. med. Wschr. 1937, Nr. 48)

Erytroblastoza noworodków jako choroba rodzinna.

W przypadkach ciężkiej rodzinnej erytroblastozy z żółtaczką, znacznymi obrzękami i ciężką anemią, zejście śmiertelne zdarza się często. Autor opisuje 3 chore rodziny, w których stale rodziły się ciężko chore dzieci; dzieci umierały prawie zawsze już w pierwszych dniach życia. Tylko jedno dziecko, u którego sama transfuzja krwi nie mogła skutecznie zapobiec wytworzeniu się anemii, udało się uratować za pomocą domięśniowych wstrzykiwań dużych dawek Campolonu, podawania żelaza (Ferrum reductum) i naświetlania lampą kwarcową.

Dr Pache, Klinika Pediatryczna w Monachium.

(Z. Kindhlkd. 1937, tom 59)

W sprawie pobudzania diurezy wyciągami wątrobowymi.

W przypadkach nefrozy i zapalenia nerek wyciągi wątrobowe (Campolon i inne)

wydatnie zwiększały diurezę, zmniejszały obrzęki i obniżały poziom azotu resztkowego we krwi. W przewlekłych przypadkach marskości nerek wyciągi te pozostawały bez wpływu na przebieg choroby. Wyciągi wątrobowe działały moczopędnie również w przewlekłych zapaleniach wątroby, przebiegających z zatrzymaniem wody; w przypadkach ciężkich wyciągi te były jednak bezskuteczne. W obrzękach sercowych wpływ wyciągów wątrobowych na diurezę był niepewny.

Dr D. Bolognese, Osp. del Littorio, Rzym.

(Policlinico 1937, tom 43)

Zaburzenia wzrokowe u lotników.

Technika stworzona przez ludzi i podporządkowana ich władzy, wykazuje często znacznie większą sprawność niż wydolność ludzka; maszyna może wytrzymać bez porównania więcej niż ustrój człowieka. Autor omawia w swej pracy zaburzenia wzrokowe występujące u lotników podczas szybkiej zmiany kierunku lotu, a zwłaszcza podczas loopingu lub gwałtownego obniżania lotu. Siła przeciwstawiająca się nowemu kierunkowi przyciska lotnika do siedzenia i przemieszcza krew z górnej połowy ciała w dolną, ciśnienie w tętnicach mózgowych obniża się, natomiast wewnętrzne ciśnienie w oku pozostaje bez zmiany. Naczynia siatkówki oka zostają uciśnięte. Zmiany te wywołują zaburzenia, które można podzielić na 3 okresy: okres 1 — ciemności, okres 2 — wrażenia zasłony zbliżającej się od nosa i okres 3 — zupełnej ślepoty. Lotnicy odczuwają tę niezdolność widzenia wprost jako katastrofę. Świadomość pozostaje przy tym zawsze całkowicie zachowana. Autor wywoływał te 3 okresy sztucznie przez ucisk na gałkę oczną, wykonany w ten sposób, że wewnętrzne ciśnienie oczne zdobywało analogiczną przewagę nad ciśnieniem w tętnicach siatkówki, jak powstaje ona względnie przez spadek ciśnienia tętniczego. Jeżeli siła, wywołana przez zmianę kierunku lotu działa inaczej, t. zn. zamiast przyciskania do siedzenia, raczej unosi lotnika, wówczas w związku z uderzającą do głowy krwią lotnik widzi wszystko na czerwono.

Dr F. Andina, Klin. Chir. w Bazylei.

(Schweiz. med. Wo. 1937, Nr. 33)

Leczenie schorzeń płucnych Prontosilem.

W ostatnich czasach stosuje się Prontosil również i w Japonii w różnego rodzaju zakażeniach. Wyniki są przeważnie bardzo pomyślne. Autor opisuje jako przykłady skutecznego wpływu Prontosilu na przebieg schorzeń płucnych, dwie następujące historie choroby:

1) Chora ma rok i dziesięć miesięcy. 4.3.37 bez żadnej uchwytnej przyczyny nagle w nocy gorączka do 40^0. Gorączka ta również i w ciągu następnych dni utrzymywała się stale około 40^0. W dalszym przebiegu choroby gorączka przerywana, okresowa duszność, policzki zaczerwienione.

Badanie przedmiotowe. Odgłos wypukowy nad prawym szczytem skrócony. Szmery oddechowe zaostrzone, nieliczne rzężenia wilgotne. Na zdjęciu rentgenowskim w prawym górnym płacie płucnym widoczny owalny cień wielkości jaja kurzego.

Autor rozpoznał w tym przypadku t. zw. zapalenie płuc z krzywą gorączki w kształcie piły. Postać tę opisał po raz pierwszy *Moro* w r. 1928, jako szczególną odmianę zapalenia płuc, na którą chorują dzieci w wieku od 2 do 4 lat.

Główne cechy choroby: swoista krzywa gorączkowa, zwalniająca lub przerywana, o kształcie piły. Długotrwały przebieg choroby. Stosunkowo dobrze zachowany stan ogólny. Rokowanie przeważnie dobre.

Leczenie. Początkowo w ciągu 10 dni stosowano prawie codziennie wstrzykiwania Omnadiny oraz podawano preparaty chininy. Pomimo że środki te działały zwykle pomyślnie, zwłaszcza przy zapaleniach płuc, w danym przypadku zawiodły one zupełnie. Ten zupełny brak reakcji na Omnadinę i chininę jest do pewnego stopnia cechą charakterystyczną omawianej odrębnej postaci zapalenia płuc. 15.3.37 domięśniowe wstrzyknięcie 20 cm^3 własnej krwi — również bez wyniku. 18.3. ponowne wstrzyknięcie własnej krwi zmieszanej z zawartością jednej ampułki Prontosilu. Już w kilka dni po tym zabiegu tak uporczywa dotychczas gorączka obniżyła się z 38 do 36,6^0. W dalszym przebiegu choroby dokonano jeszcze dwukrotnie domięśniowego wstrzyknięcia własnej krwi z Prontosilem. Po 6 tygodniach dziecko było już zupełnie zdrowe. Na obrazie rentgenowskim płuc żadnego patologicznego cienia już się nie stwierdza.

2) Chora ma lat 35, niedawno przebyła zapalenie płuc, które minęło, nie pozostawiając żadnych widocznych śladów. 19.5.37 nagle niepokój, duszność, kłucie w prawej połowie klatki piersiowej, gorączka zwalniająca wahająca się w granicach od 38,5 do 36,8^0, ziębienie, czasami również dreszcze.

Badanie przedmiotowe: 7.6.37, w dniu przybycia do szpitala, gorączka około 38^0, duszność, tętno — 120 na minutę.

Płuca: odgłos wypukowy nad lewym płucem jawny, oddech pęcherzykowy bez rzężeń. Na obszarze płuca prawego zwłaszcza w częściach dolnych szmerów oddechowych nie słyszy się wcale. Zupełne stłumienie poniżej 4. przestrzeni międzyżebrowej. Próbne nakłucie jamy opłucnowej wykazało obecność zielonkawo-białego płynu ropnego. Mikroskopowo: liczne leukocyty wielojądrzaste i pojedyńcze ziarenkowce dwoinkowe.

Rozpoznanie: Pyothorax post pneumoniam.

Przebieg i leczenie: 16.6. wypuszczono po nakłuciu około 70 cm^3 ropy. Kilkakrotne przepłukiwania 0,02%-owym roztworem Rivanolu. Następnie bardzo ostrożnie dokonano wstrzyknięcia ampułki Prontosilu przy czym wpuszczono jednocześnie do jamy opłucnowej 40 cm^3 jałowego powietrza. W ciągu nocy po zabiegu chora skarży się na podrażnienie kaszlowe i duszność. Mocz zabarwił się na kolor ceglasty. Nazajutrz po nakłuciu i wstrzyknięciu Prontosilu gorączka opadła do normy. Stan ogólny poprawia się szybko i chora po krótkim czasie powraca do zdrowia.

Prof. dr Kaneko, Klinika Wewn. Szpitala Miejskiego w Yokkaichi.

(Ther. Ber. 1938, Nr. 1)

Leczenie schorzeń septycznych.

Autor leczył za pomocą domięśniowych wstrzykiwań Prontosilu 6 chorych dotkniętych gorączką połogową (w wydzielinie z szyjki stwierdzono obecność gronkowców i paciorkowców) oraz jedną chorą cierpiącą na gorączkowe gruźlicze zapalenie opłucnej i otrzewnej. We wszystkich przypadkach udało się doprowadzić do stopniowego spadku gorączki i ostatecznego wyleczenia. Tolerancja wstrzykiwań była doskonała. Ani razu nie stwierdzono żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego. Same wstrzykiwania wywoływały tylko krótkotrwałe i nieznaczne palenie w miejscu wkłucia igły. Barwnik ukazał się już po 9 minutach w moczu i znikał dopiero po kilku dniach. — Jedna chora przez dłuższy czas leczona Prontosilem wykazywała pomarańczowo-żółte zabarwienie wydzieliny z szyjki macicznej, śliny i potu.

Dr K. Matauyama, Osaka.

(Nippon Fujiuka Gakkai Zasshi 1937 T. 31 Nr. 13)

Zapalenie opon mózgowych.

9-letni chłopczyk zachorował na odrę. W kilka dni po przebyciu choroby wystąpiły bóle uszu i głowy, gorączka, wymioty, zamroczenie i szereg innych jeszcze objawów zapalenia ucha środkowego powikłanego zapaleniem opon mózgowych. Płyn mózgowordzeniowy był mętny i zawierał liczne komórki. Badanie bakteriologiczne płynu wy-

kazało obecność paciorkowców hemolitycznych. Po przekłuciu błony bębenkowej wydzieliła się niewielka ilość surowiczo-ropnego płynu. W ciągu 6 dni wstrzykiwano dziecku po 5 cm^3 Prontosilu solubile domięśniowo (ogółem dokonano 7 wstrzykiwań); ponadto stosowano doustnie Prontosil album w dawkach 3 razy dziennie po 2 tabletki. W 7. dniu wstrzyknięto po raz ostatni 5 cm^3 Prontosilu solubile, a w 8. i 9. dniu dziecko otrzymywało już tylko po 3 tabletki Prontosilu album. Gorączka w pierwszych trzech dniach obniżyła się z 41^0 prawie do 37^0. Ilość komórek w płynie mózgowo-rdzeniowym wynosiła 450, następnie 188 i wreszcie 75 pro mm^3. Posiewy płynu pozostawały jałowe. Podobnie szybko ustąpiły również i pozostałe objawy chorobowe i dolegliwości, tak że dziecko już w 6. dniu leczenia czuło się prawie zupełnie dobrze.

Dr E. D. Anderson, Minneapolis.
(Journ. Am. Med. Ass. 1937, tom 108)

Znieczulenie lędźwiowe.

Autorzy wykonali w znieczuleniu lędźwiowym za pomocą Novocainy 1079 zabiegów chirurgicznych, przy czym nie mieli ani jednego zejścia śmiertelnego ani jakichkolwiek poważniejszych powikłań. Wieczorem w przeddzień operacji oraz na 2 godziny przed operacją chory otrzymuje po 0,1 g Luminalu. Zbyt niskie ciśnienie krwi (wieczorem przed operacją) wzmacnia się przez doustne podawanie Ephedriny. Wysokie ciśnienie krwi nie jest przeciwwskazaniem do znieczulenia lędźwiowego. Przy prawidłowym ciśnieniu krwi pacjent na 10 minut przed nakłuciem lędźwiowym otrzymuje 0,05 g Ephedriny. Dawka Novocainy dla znieczulenia lędźwiowego wynosiła z reguły 100 mg, przy zabiegach krótszych (małe hemoroidy i t. d.) — 50 mg. Novocainę rozpuszcza się w 7 — 10 cm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego i następnie wstrzykuje się w pozycji siedzącej i pochylonej ku przodowi. Po znieczuleniu chorzy często skarżyli się na bóle głowy.

Dr V. S. Afable i dr P. B. Ramirez.
Manil, (Philipp. Med. Practic. Journ. 1937, tom 1)

Stosowanie Salyrganu w dławicy piersiowej.

Autor opisuje chorego, który dostawał codziennie 10 — 15 napadów dławicy piersiowej. W związku z przypadkową biegunką chory miał w ciągu 3 dni spokój. Następnie autor wstrzyknął choremu w przerwie między dwoma napadami 1,5 cm^3 Salyrganu dożylnie. Już w ciągu najbliższej nocy chory mógł spokojnie spać, napady ustały na 4 dni. Zachęcony tym wynikiem autor powtarzał wstrzykiwania początkowo co 3 — 4 dni, później co tydzień, następnie co 10 dni. Czasami jednocześnie z Salyrganem wstrzykiwano strofantynę wzgl. glukozę. W ten sposób udawało się zapewnić choremu beznapadowe okresy trwające 10 — 15 dni. Oprócz Salyrganu stosowano jod oraz ograniczono ilość przyjmowanych płynów.

Dr L. C. Schultheisz, Charbin.
(Orvosi Hetilap 1937, Nr. 37)

Leczenie kiły bizmutem.

Najskuteczniejszym przeciwkiłowym preparatem bizmutowym jest Casbis. Zdjęcia rentgenowskie dokonywane po wstrzykiwaniach Casbisu wykazywały, że preparat nie tworzy gęstych złogów lecz rozprzestrzenia się równomiernie w tkankach i wchłania się powoli. Wydzielanie Casbisu rozpoczyna się mniej więcej w 24 godziny po wstrzyknięciu. Tolerancja Casbisu była we wszystkich przypadkach doskonała. Ani razu nie stwierdzono żadnych miejscowych lub ogólnych objawów niepożądanego działania ubocznego. We wszystkich okresach kiły Casbis wpływał pomyślnie na objawy chorobowe i szybko doprowadzał do wyleczenia.

Dr B. R. Urus. Istanbul.
(Dirim 1937, Nr. 7)

Awitaminoza A u chorych na wątrobę.

Autor opisuje historię choroby 27-letniego piekarza dotkniętego rozpoczynającą się marskością wątroby typu Hanota. Odpowiednia dieta, małe dawki insuliny i heksametylenotetramina wpłynęły początkowo po-

myślnie na stan pacjenta. Po 6 miesiącach stan chorego znowu znacznie się pogorszył i nasilenie żółtaczki zwiększyło się wyraźnie. Badanie okulistyczne wykazało objawy awitaminozy A. Zastosowano wówczas leczenie Voganem, który podawano doustnie w dawkach po 5 drażetek dziennie (60.000 międzynarodowych jednostek). Następnie, obawiając się złego wchłaniania*), autor zastosował wstrzykiwania witaminy A. Gorączka nagle i ostatecznie opadła już w 3. dniu leczenia Voganem (jeszcze zanim przystąpiono do wstrzykiwań). Wysychanie spojówek ustąpiło, hemeralopia cofnęła się, bilirubinemia obniżyła się z 4,90 mg % cm^3 do 2,45. Pozostała jedynie lekka żółtaczka. Chory nadal regularnie przyjmuje małe dawki Voganu. Badanie kontrolne dokonane po upływie pewnego czasu wykazało dalsze postępowanie poprawy.

Dr E. van Goidsenhoven i *dr M. Appelmans*, Louvain.

(Rev. M d. Louvain 1937, Nr. 12)

Wpływ pory roku i odżywiania na przyzwyczajenie i odzwyczajenie od morfiny.

Młode szczury odżywiane pokarmami nie zawierającymi witaminy D przyzwyczajały się do morfiny prędzej a odzwyczajenie ich było trudniejsze. W związku z tym spostrzeżeniem zaproponowano, aby przy leczeniu morfinizmu stosować jako dodatkowe środki pomocnicze glukonian wapnia, tran, Vigantol i naświetlanie lampą kwarcową. Niedobór witaminy podczas przyzwyczajenia do morfiny tłumaczy również pewną zależność morfinizmu od pory roku. Wiosna i dieta „kwaśna“ (mięso, jajka, mąka) sprzyjają przyzwyczajaniu do morfiny i utrudniają odzwyczajenie, podczas gdy jesień i odżywianie zasadowe utrudniają przyzwyczajenie i ułatwiają odzwyczajenie. Doświadczenia na świnkach morskich, dokonane w różnych porach roku i przy odżywianiu kwaśnym lub zasadowym, potwierdziły słuszność powyższych spostrzeżeń.

Na podstawie swych obserwacyj autor w każdym razie uważa za wskazane, aby ew. konieczne dłuższe stosowanie morfiny, zwłaszcza w porze wiosennej, łączyć z dietą zasadową (jarzyny, owoce); postępowanie takie sprawia, że przez dłuższy czas nie zachodzi potrzeba zwiększania dawki morfiny i odzwyczajenie staje się łatwiejsze. Ponadto wskazane jest podawanie wapnia.

Prof. dr Amsler, Zakład Farmakologii w Rydze.

(Wien. Klin. Wo. 1937, Nr. 32)

Płód pije w macicy.

Płód pije w macicy wodę płodową, wchłania ją przez kiszki i może ją następnie z krwi zwrócić matce. W przypadkach nadmiernej ilości wód płodowych (Hydramnion) można by więc pomóc matce, gdyby udało się pobudzić dziecko do picia większej niż przeciętnie ilości wody. Woda płodowa zawiera 0,7% soli kuchenenj i 0,05% mocznika i ma smak raczej przykry. Dr *Snoo* z kliniki położniczej w Utrechcie próbował zwiększyć pragnienie płodu przez osłodzenie wody płodowej za pomocą wstrzykiwania sacharyny. Taką znacznie smaczniejszą wodę płodową dziecko pije chętniej i w większych ilościach. Można to udowodnić przez wykazanie obecności sacharyny we krwi pępkowej. U pewnej kobiety ta próba picia nie udała się, gdyż dziecko miało całkowitą niedrożność przełyku. Płody piją również roztwory błękitu metylowego, które przenikają potem poprzez łożysko do matki. W pewnym przypadku można było rozpoznać niedrożność przełyku dziecka już w macicy, gdyż mocz matki nie zabarwił się na niebiesko. Rozumie się samo przez się, że dziecko nie stale pije, gdyż może ono w macicy również spać.

Prof. dr. Snoo, Klinika położnicza w Utrechcie.

(Mschr. Geb. u. Gyn. 1937, tom 105)

*) Organizm ludzi zdrowych wchłania witaminę A (Vogan) bardzo dobrze, natomiast u chorych dotkniętych zaburzeniami czynności wątroby (np. przy żółtaczce salvarsanowej, marskości wątroby, rozsianym raku otrzewnej, a nawet przy żółtaczce nieżytowej) przyswajanie Voganu przez kiszki ulega znacznemu ograniczeniu (*Wendt*. Klin. Wo. 1937, Nr. 34).

Luminal i Prominal w leczeniu padaczki.

Autor zdaje sprawę z obserwacji przebiegu choroby u 39 epileptyków starannie dobranych dla celów porównawczych. Przeciętna ilość tygodniowych napadów wynosiła dla jednego chorego przy leczeniu Luminalem 2,621, przy leczeniu zaś Prominalem 0,923. Ze spostrzeżeń tych wynika, że przy stosowaniu Prominalu częstość napadów jest około 3 razy mniejsza niż przy stosowaniu Luminalu. Według dalszych spostrzeżeń spośród 27 bliżej obserwowanych pacjentów, 19 poprawiło się wyraźnie pod wpływem Prominalu, u jednego stwierdzono pogorszenie padaczki, w 7 pozostałych przypadkach Prominal pozostał bez wpływu na przebieg cierpienia. Pewna 29-letnia pacjentka miała przy leczeniu Luminalem (2 razy dziennie po 0,13 g) przeciętnie 10 napadów tygodniowo; stosowanie Prominalu (2 razy dziennie po 0,2 g) sprawiło, że chora miała tylko 1 napad w ciągu 14 dni. Pod wpływem Prominalu napady występowały coraz rzadziej i obecnie chora już od 18 miesięcy nie miała ani jednego napadu; jednocześnie zdolności umysłowe poprawiły się znacznie. Pomyślny wpływ Prominalu na zdolności umysłowe stwierdzono również u wielu innych pacjentów. Przejście z Luminalu na Prominal przeprowadzano stopniowo, t. zn. w ciągu pierwszych 4 dni zastępowano 1/3 dawki Luminalu przez podwójną ilość Prominalu, w ciągu następnych 4 dni zastępowano Prominalem 2/3 dawki Luminalu i wreszcie w 9. dniu zastępowano już całą dawkę Luminalu przez o 50% większą dawkę Prominalu. W tym przejściowym okresie zamiany lekarstw napady występowały częściej lecz stan ten nie dawał powodów do niepokoju.

Wielu chorych przyjmowało codziennie 3 razy po 0,2 g Prominalu w ciągu 2 lat, bez żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego. U niektórych chorych, zwłaszcza ze skłonnością do zaparcia, dawka dzienna 0,6 g wywoływała czasem senność. Leczenie zaparcia przeważnie tę senność usuwało. W przypadkach, w których działanie nasenne jest pożądane, odpowiedniejszym jest Luminal.

Również *C. J. Henderson*, Lancester (Brit. Med. Journ. 1937, Nr. 3992) stosuje w padaczce Prominal, który umożliwiał mu jeszcze dalszą poprawę wyników, osiągniętych za pomocą różnych środków (diety i td.). Częstość napadów pod wpływem Prominalu zmniejszyła się do 1/3.

Dr C. Guy Millan, Cell Barnes Colony.

(Referat. według Brit. Med. Journ. 1937, Nr. 3992).

Regionalne różnice w prawidłowym obrazie białych krwinek.

Jores zwrócił nie dawno uwagę (Erg. inn. Med. u. Kind. 1935), że obraz leukocytów wykazuje znaczne wahania dzienne. Tak naprzykład ilość krwinek białych u zdrowego człowieka waha się w ciągu dnia od 4500 do 9000. *Kennon* (Am. Journ. Physiol. 1937, tom 118) stwierdził, że u zdrowych mężczyzn liczba leukocytów waha się od 4800 do 2600. *Gänsslen* wykazał obecnie, że u osób zdrowych istnieją również znaczne różnice regionalne w ilości leukocytów. Tak np. w Frankfurcie nad Menem stwierdza się znaczną skłonność do leukopenii: w 40—50% przypadków ilość leukocytów wynosi mniej niż 6000. Ilość limfocytów jest bardzo zwiększona, wahania utrzymują się nie w granicach przeciętnych od 20 do 25%, lecz — od 20 do 45%. Przeciętna ilość limfocytów wynosi około 32%. Przy obliczaniu liczb bezwzględnych okazuje się, że tak częsta leukopenia zależy przede wszystkim od odsetkowego i bezwzględnego zmniejszenia się ilości neutrofilów.

Prof. dr Gänsslen. Poliklinika Chor. Wew. w Frankfurcie n.M.

(Dtsch. Med. Wschr. 1937 nr. 13)

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA“
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka 6.